



UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, RADIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA

ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

**CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS
ODONTÓLOGOS PALESTINOS DE LA FRANJA DE
GAZA SOBRE EL CONSUMO DE TABACO**

Memoria que, para optar al Grado de Doctor, presenta

Don Sofián El-Astal

SANTIAGO DE COMPOSTELA, 2011

A mí madre, al alma de mi tía, esposa, hijo, nuera y nietos

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos

La realización de este trabajo no hubiese sido posible sin la colaboración de una serie de personas a las que quiero manifestar mi más sincero agradecimiento. En especial:

Al profesor D. Agustín Montes Martínez, y a la Dra. Doña Mónica Pérez Ríos, quienes con su ayuda incondicional han dirigido pacientemente la realización de esta investigación. Sin ellos este trabajo no podría haber salido adelante. Además les quiero agradecer la confianza depositada en mí.

A los profesores Dr. Don Juan Gestal Otero, Agustín Montes Martínez, por haberme abierto las puertas del Departamento y su apoyo para seguir adelante.

A los profesores del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Santiago de Compostela: El Bahi Takkouche, Ernesto Smyth, Mari Aguilar, Margarita Taracido, Alberto Ruano, Adolfo Figueiras y Juan Barros, por su apoyo constante.

Al profesor Juan Fernández Sánchez por su apoyo incondicional.

A los odontólogos palestinos de la Franja de Gaza de los que hemos recogido los datos, por su desinteresada participación.

Al Ministerio de Sanidad Palestino por proporcionar la información sobre los dentistas y facilitar la aplicación de los cuestionarios.

Al Ilustre Colegio de Odontólogos por las facilidades y disposición prestada.

A mi hijo Hamdán por la ayuda en la realización del trabajo de campo.

Agradecimientos

A Jesús Moreno, Ana Castro y a mi amigo Ashour por su ayuda incondicional en este trabajo.

A todas las personas que con su palabra y actitud, han sido estímulo y fuerza para la culminación de esta investigación.

Muy en especial, a mi familia; por todo.

ÍNDICE

Índice

ÍNDICE DE FIGURAS.....	15
ÍNDICE DE TABLAS.....	19
LISTA DE ABREVIATURAS.....	25
PRESENTACIÓN.....	29
1.- INTRODUCCIÓN.....	33
 CAPÍTULO 1: LA FRANJA DE GAZA: SISTEMA POLÍTICO-ADMINISTRATIVO. SISTEMA DE SALUD. LA ODONTOLOGÍA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA FRANJA DE GAZA.....	35
1.- SISTEMA POLÍTICO-ADMINISTRATIVO.....	35
2.- SISTEMA DE SALUD.....	38
2.1.- Atención primaria de salud.....	39
2.2.- Atención especializada.....	40
3.- LA ODONTOLOGÍA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA FRANJA DE GAZA.....	41
 CAPÍTULO 2: EL TABACO COMO FACTOR DE RIESGO EN SALUD ORAL.....	43
1.- ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL.....	43
1.1.- Enfermedad periodontal.....	43
1.2.- Cáncer oral y precáncer.....	45
1.3.- Leucoplaquia.....	46
1.4.- Otros desórdenes de la mucosa.....	47
2.- IMPLANTES DENTALES.....	48
2.1.- Problemas de cicatrización.....	48
3.- SALIVA.....	49
4.- CARIES.....	49
5.- TABACO Y OTRAS ALTERACIONES DENTALES.....	50
6.- TABACO Y HALITOSIS.....	50

CAPÍTULO 3: EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE TABACO.....	53
1.- CONSUMO DE TABACO EN POBLACIÓN GENERAL.....	53
1.1.- Epidemiología del consumo de tabaco en el mundo.....	53
1.2.- Epidemiología del consumo de tabaco en el mundo árabe y además de Irán, Turquía e Israel.....	54
1.3.- Epidemiología del consumo de tabaco en Palestina.....	55
2.- CONSUMO DE TABACO EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....	57
2.1.- Epidemiología del consumo de tabaco en el mundo.....	57
2.2.- Epidemiología del consumo de tabaco en el mundo árabe y además de Irán, Turquía e Israel.....	58
2.3.- Epidemiología del consumo de tabaco en Palestina.....	60
 CAPÍTULO 4: LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	61
1.- HERRAMIENTA PARA ALCANZAR ESTILOS DE VIDA MÁS SALUDABLES..	61
2.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD: SU PAPEL EN EL TABAQUISMO.....	63
3.- LA INTERVENCIÓN MÍNIMA ANTITABÁQUICA.....	67
 CAPÍTULO 5: EL PAPEL DEL ODONTÓLOGO EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO.....	71
 2.- PLANTEAMIENTO DEL TRABAJO Y OBJETIVOS.....	79
2.1.- Planteamiento del trabajo.....	81
2.2.- Objetivos.....	81
 3.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	83
3.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO.....	85
Población a estudio.....	86
Ámbito geográfico en el que se realiza.....	86
Período temporal del estudio.....	86
Método de recogida de datos.....	86
Diseño del instrumento de recogida de información.....	87
Consideraciones sobre las preguntas del cuestionario.....	87
Instrumento de recogida de información.....	88
Programación del trabajo de investigación.....	88

Índice

Realización del instrumento de recogida de información.....	88
Validación del cuestionario.....	88
Publicidad del estudio de investigación en el colectivo que se pretendía estudiar.....	88
Realización del trabajo de campo.....	89
Análisis de los resultados.....	89
3.2.- DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.....	91
Variables demográficas.....	93
Variables relacionadas con la actividad profesional.....	93
Lugar donde desarrolla su trabajo.....	93
Horas semanales de trabajo.....	93
Áreas de dedicación.....	93
Variables relacionadas con la categorización del hábito tabáquico.....	93
Variables relacionadas con los conocimientos, las creencias y actitudes que el odontólogo tiene sobre el efecto del tabaco en la salud.....	96
Variables relacionadas con las actitudes del profesional sobre el consumo de tabaco en su práctica diaria.....	99
Intervención mínima antitabáquica (IMAT).....	100
3.3.- ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	101
Análisis univariante.....	103
Análisis bivariante.....	103
Análisis multivariante.....	103
4.- RESULTADOS.....	105
Descripción de la muestra.....	107
Consumo de tabaco.....	109
Conocimientos del odontólogo sobre los efectos del tabaco en la salud.....	115
Creencias de los odontólogos sobre el tabaco.....	120
Actitudes del odontólogo.....	126
Creencias sobre acciones legislativas.....	130

Índice

Percepción de barreras para la incorporación de medidas antitabáquicas en la clínica dental.....	137
Intervención Mínima Antitabáquica (IMAT).....	146
5.- DISCUSIÓN.....	151
6.- CONCLUSIONES.....	173
7.- BIBLIOGRAFÍA.....	177
8.- ANEXOS.....	191
Anexo I.- Resultados detallados.....	193
Anexo II.- Formulario de recogida de datos en árabe.....	217
Anexo III.- Formulario de recogida de datos en castellano.....	227

ÍNDICE DE FIGURAS

Índice de figuras

Figura 1.- Tiempo trabajado (horas/semana en función de donde llevan a cabo su actividad profesional).....	108
Figura 2.- Dependencia nicotínica en fumadores medida con el test de Fagerström.....	112
Figura 3.- Tiempo por término medio empleado para realizar consejo antitabáquico (en minutos)....	113
Figura 4.- Ayuda proporcionada por los odontólogos a sus pacientes.....	114
Figura 5.- Tipo de ayuda demandada por los odontólogos para su formación.....	114
Figura 6.- Conocimientos de los odontólogos en función del sexo.....	116
Figura 7.- Grado de acuerdo global, expresado como puntuación mediana (escala de 0 a 11), de la relación causal entre consumo de tabaco y diferentes patologías en función de la variable hábito tabáquico del odontólogo.....	117
Figura 8.- Grado de acuerdo global, expresado como puntuación mediana (escala de 0 a 11), de la relación causal entre consumo de tabaco y diferentes patologías en función del grupo de edad del odontólogo.....	118
Figura 9.- Grado de acuerdo global, expresado como puntuación mediana (escala de 0 a 11), de la relación causal entre consumo de tabaco y diferentes patologías en función de la variable formación académica del odontólogo.....	119
Figura 10.- Distribución porcentual de las creencias sobre el tabaco de los odontólogos.....	121
Figura 11.- Distribución porcentual de las actitudes del odontólogo frente al tabaco.....	127
Figura 12.- Distribución porcentual de las creencias sobre diferentes acciones legislativas.....	131
Figura 13.- Distribución porcentual de la percepción de barreras a la incorporación de medidas antitabáquicas.....	138
Figura 14.- Distribución porcentual de la dispensación de consejo en diferentes patologías, comportamientos o etapas de la vida del paciente que acude a consulta.....	147

ÍNDICE DE TABLAS

Índice de tablas

Tabla 1.- Prevalencia de consumo de tabaco en función del sexo.....	55
Tabla 2.- Prevalencia de consumo entre profesionales sanitarios en algunos países árabes y musulmanes.....	58
Tabla 3.- Prevalencia del consumo de tabaco en profesionales sanitarios en algunos países árabes y musulmanes e Israel.....	59
Tabla 4.- Prevalencia del consumo de tabaco entre los dentistas de países árabes.....	60
Tabla 5.- Variables sociodemográficas. Tipo y categorías de respuesta.....	93
Tabla 6.- Test de Fagerström de dependencia nicotínica (FTND, preguntas y puntuación).....	95
Tabla 7.- Características principales de la muestra.....	107
Tabla 8.- Prevalencia de consumo de tabaco.....	109
Tabla 9.- Características relacionadas con el consumo de tabaco.....	110
Tabla 10.- Prevalencia de hábito tabáquico en función del lugar en donde se desarrolla la actividad profesional.....	111
Tabla 11.- Razones que identifican los exfumadores y los fumadores como causas para dejar de fumar.....	112
Tabla 12.- Comportamiento de los odontólogos en la práctica clínica según hábito tabáquico.....	115
Tabla 13.- Grado de acuerdo, expresado como puntuación media (escala de 0 a 11), de la relación causal entre consumo de tabaco y diferentes patologías en función del hábito tabáquico del odontólogo.....	117
Tabla 14.- Creencias sobre tabaco.....	120
Tabla 15.- Creencias sobre tabaco en relación con el consumo de tabaco.....	122
Tabla 16.- Creencias sobre tabaco en relación con la formación académica del odontólogo.....	123

Índice de tablas

Tabla 17.- Creencias sobre tabaco en relación con conocimientos sobre la relación entre tabaco y diferentes patologías.....	124
Tabla 18.- Creencias de los odontólogos sobre tabaco en relación con su edad.....	125
Tabla 19.- Actitudes frente al tabaco de los odontólogos.....	126
Tabla 20.- Actitudes del odontólogo frente al tabaco en relación con su consumo de tabaco.....	128
Tabla 21.- Actitudes frente al tabaco en relación con la formación académica.....	128
Tabla 22.- Actitudes frente al tabaco en relación con los conocimientos sobre determinadas patologías.....	129
Tabla 23.- Actitudes frente al tabaco en relación con la edad.....	130
Tabla 24.- Creencias sobre acciones legislativas.....	131
Tabla 25.- Acciones o medidas legislativas propuestas para reducir el tabaquismo en relación con el consumo de tabaco.....	132
Tabla 26.- Acciones o medidas legislativas propuestas para reducir el tabaquismo en relación con la formación académica.....	133
Tabla 27.- Acciones o medidas legislativas propuestas para reducir el tabaquismo en relación con el nivel de conocimientos.....	134
Tabla 28.- Acciones o medidas legislativas propuestas para reducir el tabaquismo en relación con las actitudes frente al tabaquismo.....	135
Tabla 29.- Acciones o medidas legislativas propuestas para reducir el tabaquismo en relación con la edad.....	136
Tabla 30.- Percepción de barreras a la incorporación de medidas antitabáquicas.....	137
Tabla 31.- Percepción de barreras para la incorporación de actividades antitabáquicas en relación con el hábito tabáquico.....	139

Índice de tablas

Tabla 32.- Percepción de barreras para la incorporación de actividades antitabáquicas en relación con la formación académica.....	140
Tabla 33.- Percepción de barreras para la incorporación de actividades antitabáquicas en relación con la edad.....	141
Tabla 34.- Percepción de barreras para la incorporación de actividades antitabáquicas en relación con el nivel de conocimientos.....	142
Tabla 35.- Percepción de barreras para la incorporación de actividades antitabáquicas en relación con las creencias.....	143
Tabla 36.- Percepción de barreras para la incorporación de actividades antitabáquicas en relación con las actitudes.....	145
Tabla 37.- Distribución de variables según estatus de IMAT.....	146
Tabla 38.- Dispensación o no de IMAT en función de distintas características del odontólogo.....	149
Tabla 39.- Modelos de regresión logística para la dispensación de IMAT.....	150

LISTA DE ABREVIATURAS

Lista de abreviaturas

English	Español	Siglas y abreviaturas
American Dental Association	Asociación Dental Americana	ADA
Analysis of variance	Análisis de la Varianza	ANOVA
Palestinian National Authority	Autoridad Nacional Palestina	ANP
United States	Estados Unidos	EE.UU.
Health Education	Educación para la Salud	EpS
Fagerström Test for Nicotine Dependence	Test de Fagerström de Dependencia Nicotínica	FTND
Acute Necrotizing Gingivitis's	Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda	GUNA
Global Youth Tobacco Survey	Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes	GYTS
Islamic Resistance Movement	Movimiento de Resistencia Islámica	HAMAS
Bond Index	Índice de Adherencia	IA
Confidence Interval	Intervalo de Confianza	IC
Immunoglobulin A	Inmunoglobulina A	IgA
Immunoglobulin E	Inmunoglobulina E	IgE
Immunoglobulin G	Inmunoglobulina G	IgG
Immunoglobulin M	Inmunoglobulina M	IgM
Minimum Tobacco Intervention	Intervención Mínima Antitabáquica	IMAT
Position Index	Índice de Posición	IP
Ministry of Health	Ministerio de Sanidad Palestino	MOH
National Cancer Institue	Instituto Nacional del Cancer	NCI
Opened- ended questions; Affirmations; Reflective Listening; and Summaries	Preguntas abiertas; Afirmaciones; Escuchar reflexivamente; Resúmenes	OARS
Palestinian Liberation Organization	Organización para la Liberación de Palestina	OLP
World Health Organization (WHO)	Organización Mundial de la Salud	OMS
Non- Governmental Organizations	Organizaciones no Gubernamentales	ONGs
The United Nations Organization	Organización de Naciones Unidas	ONU
Odds Ratio	Razón de odds	OR
Palestinian Central Bureau of Statistics	Oficina Central Palestina de Estadística	PCBS
Palestinian Red Crescent Society	Sociedad de la Media Luna Roja Palestina	PRCS
The United Nations Poplution Fund	Fondo de Población de las Naciones Unidas	UNFPA
United Nation Relief and Works Agency	Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados en el Cercano Oriente (OOPS)	UNRWA

PRESENTACIÓN

Presentación

Hoy el día, el consumo de tabaco es el factor de riesgo más prevalente en el mundo. Existe evidencia que indica que el consumo de tabaco es uno de los principales factores en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cáncer de laringe, pulmón y esófago y no existe duda de la dependencia física y psíquica asociada a su consumo.

La presente investigación surge, precisamente, de la necesidad de conocer la situación real de las creencias y actitudes de los odontólogos palestinos sobre el tabaco.

Formalmente, esta investigación incluye dos partes. En la primera de ellas, presentamos un marco teórico sobre la epidemia tabáquica y sus consecuencias que guiará nuestro trabajo posterior. La segunda parte, por ser original de nuestra investigación, cuenta con los análisis estadísticos, resultados y discusiones. Al final del trabajo aparecen las conclusiones generales y anexos.

Más concretamente, la parte teórica consta de 5 capítulos. En el primer capítulo, se aborda el estudio de la Franja de Gaza (sistema político-administrativo, sistema de salud y la odontología en la prestación de servicios de salud). En el segundo se lleva a cabo una revisión del tabaco como factor de riesgo en salud laboral. El capítulo tercero está dedicado a la epidemiología del consumo de tabaco a nivel Árabe y Mundial. El capítulo cuarto se ocupa de la educación para la salud y el capítulo quinto estudia el papel del odontólogo en la prevención y control del tabaquismo.

La parte empírica incluye el planteamiento del trabajo y objetivos, diseño del estudio, definición de las variables, análisis de información, resultados, discusión, conclusiones, bibliografía y anexos.

Finalmente, señalar que tanto el marco general como la metodología y los instrumentos de recogida de datos han sido los utilizados en las investigaciones realizadas en España sobre los odontólogos españoles, elaborado en el Departamento de Psiquiatría, Radiología y Salud Pública de la Universidad de Santiago de Compostela siguiendo las directrices de la OMS. El cuestionario utilizado, titulado "Encuesta sobre creencias y actitudes de los odontólogos palestinos en la Franja de Gaza sobre el tabaco – 2008" fue traducido al árabe por el autor de esta investigación.

Presentación

En la Franja de Gaza, recogimos las respuestas de 206 odontólogos. Nuestra labor, fue llevada a cabo y transcurrió sin problemas, gracias a la colaboración del Ministerio de Sanidad Palestino y el Colegio de Odontólogos.

Creemos que las conclusiones de la investigación, probablemente tengan interés para investigadores, odontólogos, educadores, padres, políticos, trabajadores sociales, etc. Cualquier programa de intervención sobre la población debe partir de un conocimiento, lo más exhaustivo posible, de los sujetos a quienes se dirige: planes de prevención del consumo de tabaco, programas de orientación familiar y escolar. En suma, toda acción social dirigida a la mejora de la calidad de vida de la población Palestina puede tener en este tipo de investigaciones un punto de referencia útil.

1.- INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

LA FRANJA DE GAZA: SISTEMA POLÍTICO-ADMINISTRATIVO. SISTEMA DE SALUD. LA ODONTOLOGÍA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA FRANJA DE GAZA.

1.- SISTEMA POLÍTICO-ADMINISTRATIVO.

Palestina histórica (en árabe *Filistin*) es uno de los nombres que ha recibido la región histórica del Oriente Próximo situada en la orilla sudoriental del mar Mediterráneo. Palestina limita al norte con el Líbano, al este con Jordania y Siria, al oeste con el mar Mediterráneo y al suroeste con Egipto.

Se estima que a mediados del año 2009 vivían 10.735.051 palestinos en todo el mundo distribuidos principalmente entre los territorios palestinos (36,6%), Israel (11,5%) o en los países árabes (46,2%) [1].

Tras la ocupación de Palestina por Israel en 1948 la primera quedó reducida a los llamados Territorios Palestinos que se componen de la Ribera Occidental, conocida en Occidente como Cisjordania, y la Franja de Gaza, donde se realiza el trabajo aquí presentado.

La Ribera Occidental ocupa 5.655 km² de la Palestina histórica y cuenta con una población de 2.448.433 habitantes, lo que supone aproximadamente el 62,2% de la población que vive en los Territorios Palestinos. La densidad de población es de 433 personas por km² y los hombres representan el 50,8% de la población [1, 2]. La Ribera Occidental está formada por 13 ciudades y sus respectivos campos de refugiados: Jenin, Tubas, Tulkarm, Nablus, Qalqilya, Salfit, Ramallah y Al-Bireh, Jericó y Al-Aghwar, Jerusalén, Belen, Hebrón.

La Franja de Gaza (ver mapa) es una estrecha franja de tierra, con una anchura que oscila entre los 5 y los 15 km, y una superficie de 365 km², lo que supone el 1,3% del total de la Palestina histórica. La Franja de Gaza es un territorio perteneciente *de jure* a la Autoridad Nacional Palestina (ANP), aunque *de facto* sea un entidad autogobernada. Está situada en el Oriente Próximo, al suroeste de Palestina histórica y al noreste de la península del Sinaí de Egipto. Al Sur, en la ciudad de Rafah, tiene 11 km de frontera con Egipto; al Norte y al Este tiene 51 km de frontera con Israel (500 metros de la Franja son zona de seguridad); y al Oeste limita con el Mediterráneo. De Norte a Sur las localidades principales que componen la Franja de Gaza y sus correspondientes campos de refugiados son: el Norte de Gaza (Beit- Hanoun, Biet Layeh, Yabalia), Gaza, Al-Wustah (Deir Al-Balah, Magazi, Bureig, Nussairat), Khan Yunis y Rafah. Cuenta con una población de 1.486.816 (37,8%), la mayoría de los cuales son descendientes de refugiados que huyeron de Israel después de la guerra de 1948 [1, 2]. Su densidad de población es de 4.073 personas por km², cifra que aumenta en los campos de refugiados

[1, 2]. Los hombres representan el 50,8% de la población [1, 2] y también destaca que la mayoría de los habitantes de la Franja de Gaza son musulmanes, con un pequeño porcentaje (menor del 1%) de cristianos.



Mapa de la Franja de Gaza.

En la Franja de Gaza, a mediados del 2009, la tasa de desempleo alcanzó el 55,2% y el índice de pobreza superó el 80%. En comparación con la Ribera Occidental, en donde la prevalencia de desempleo era del 23% y el índice de pobreza del 40% [2], la situación de la Franja de Gaza muestra los devastadores efectos de las medidas adoptadas por Israel que son especialmente intensas en la Franja.

Como muchos otros territorios de Oriente Próximo, el área que hoy comprende la Franja de Gaza tiene una larga historia de conquistas. Situada en el sector oriental de la región mediterránea, cerca de la encrucijada entre África, Asia y Europa, ha experimentado gran parte del flujo y reflujo de

diversos pueblos y culturas durante su historia. Antes de la llegada de los filisteos en el siglo XIII A.c. (de donde proviene el nombre de Palestina), la ciudad de Gaza sirvió como residencia del gobernador egipcio de Canaán, que era el nombre de la región en esa época. Las ciudades y tierras circundantes cambiaron muchas veces de manos en los dos mil años siguientes, ya que eran con frecuencia conquistadas por ejércitos que cruzaban la zona, aunque Gaza nunca alcanzó la importancia de otras ciudades próximas.

La Franja de Gaza formó parte del Mandato Británico de Palestina entre 1917 y 1948. Tras el plan de la Organización de Naciones Unidas (Resolución 181 de la ONU de 1947) para la partición de Palestina entre los palestinos (45% del territorio) e israelíes, la Franja de Gaza quedaba asignada al Estado palestino. Sin embargo, tras la guerra árabe-israelí de 1948, el territorio fue conquistado por Egipto.

En 1967, tras la Guerra de los Seis Días, la Franja fue militarmente ocupada por Israel, y controlada por este hasta 1994, cuando se firmaron los Acuerdos de Oslo entre la Organización para la Liberación de Palestina (OLP) e Israel. Como parte del tratado, la Autoridad Nacional Palestina (ANP) recibió el 80% del territorio [3].

Desde el inicio de la segunda Intifada en 2000, el Ejército israelí realizó numerosas incursiones en la Franja. Los israelíes instalaron puestos de control fronterizos en la Franja y restringieron el movimiento de personas desde y hacia Israel.

En el año 2005 Israel se retiró de la Franja como consecuencia del Plan de Desconexión, aunque hoy en día sigue controlando sus fronteras (excepto la que comparte con Egipto) y la comunicación de la Franja de Gaza con la Ribera Occidental y con los mercados internacionales. También controla los espacios aéreo y marítimo y el suministro de combustible y agua, que proceden en su totalidad de Israel debido a que Gaza no cuenta con recursos propios. En Enero de 2006 el Movimiento de Resistencia Islámico (HAMÁS) ganó las elecciones legislativas obteniendo el 65% de los escaños del Parlamento Autónomo Palestino y desde Junio de 2007, el control total de la Franja está en sus manos. Esto provocó la suspensión de la mayor parte de ayuda económica que procedía del mundo occidental. Israel por su parte, declara a Gaza "territorio hostil" en septiembre de 2007, y desde entonces impone restricciones adicionales a los productos que entran en la Franja, y al suministro de electricidad, combustible, mercancías y agua. El bloqueo impuesto por las fuerzas de ocupación israelíes a la Franja de Gaza entra ahora en su quinto año, y sus consecuencias son catastróficas para la salud. El bloqueo ha provocado un grave deterioro de las condiciones de vida de la población. Estos han empeorado debido a la intensificación del bloqueo y a la imposibilidad de reconstruir la Franja de Gaza [1, 2, 4]. Todavía se padecen en la Franja de Gaza los efectos del ataque

israelí, que comenzó el 27 de diciembre de 2008 y finalizó el 18 de enero de 2009 y que provocó la muerte de 1417 personas, entre ellas 313 niños y 116 mujeres [5]. Este ataque ocasionó la destrucción de infraestructuras, en particular sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento, mientras que la destrucción de viviendas dejó a más de 100.000 personas sin hogar. Aproximadamente 50.000 de ellas se refugiaron en campamentos provisionales establecidos por el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (OOPS), también conocido como UNRWA (United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East). Las demás personas encontraron refugio en viviendas de parientes y amigos en condiciones de hacinamiento. Se destruyeron 15 hospitales y 41 centros de atención primaria. Los países y las organizaciones internacionales donantes, así como la Autoridad Nacional Palestina, se vieron imposibilitados a exportar a la Franja de Gaza los materiales y el equipo de construcción necesarios para reconstruir la infraestructura destruida por los israelíes [1, 2].

Los datos proporcionados por la Oficina Central Palestina de Estadísticas (PCBS: Palestinian Central Bureau of Statistics) muestran que en 2008 la tasa de natalidad era de 32,7 por 1.000 en los Territorios Palestinos (30,1 por 1.000 en la Ribera Occidental y 36,9 por 1.000 en la Franja de Gaza) y la tasa bruta de mortalidad del 4,3 por 1.000 (4,4 por 1.000 en la Ribera Occidental y 4,1 por 1.000 en la Franja de Gaza) [1, 2].

La sociedad palestina es joven. En 2009, los niños menores de cinco años representaban el 14,8% de la población total del territorio palestino ocupado [1, 2]; los niños de 0 a 14 años constituían el 41,9% y las personas de 65 años y más el 3,1% (3,4% en la Ribera Occidental y el 2,5% en la Franja de Gaza) [1, 2].

La esperanza de vida en los varones (2009) es de 70,5 años (70,9 en la Ribera Occidental y 69,9 años en la Franja de Gaza) y en las mujeres es de 73,2 años (73,7 años en la Ribera Occidental y el 72,5 años en la Franja de Gaza) [1, 2].

2.- SISTEMA DE SALUD.

Durante el mandato británico, el sistema de salud palestino se desarrolló a partir de los servicios creados por los misioneros cristianos en el siglo XIX. En 1949, la UNRWA empezó a prestar servicios sanitarios a los refugiados palestinos registrados. Entre 1959 y 1967, Jordania se ocupó de los servicios de salud en la Ribera Occidental y Egipto se ocupó de la Franja de Gaza [5]. De 1967 hasta la firma en Washington de los Acuerdos de Oslo en 1993, la administración militar israelí fue quien se encargó de los servicios de salud en toda Palestina [3]. Tras los Acuerdos de Oslo, la Autoridad Nacional Palestina (ANP) pasó a ser la responsable del sistema de salud en el territorio palestino.

Introducción

Cinco grandes proveedores son los responsables de la asistencia sanitaria: el Ministerio de Salud Palestino, organizaciones no gubernamentales palestinas (ONGs) , la UNRWA, el sector militar que pertenece directamente a la Autoridad Nacional Palestina (ANP) y el sector privado.

El Ministerio de Salud Palestino cifró en 2009 en 14.526 el número de funcionarios en la Ribera Occidental, Franja de Gaza y Jerusalén Este, de los cuales aproximadamente 300 son odontólogos.

Para poder acceder a los servicios dependientes del Ministerio de Salud es necesario tener suscrito el seguro médico gubernamental.

La UNRWA es un organismo internacional que atiende desde 1948 a todos aquellos individuos que acrediten su condición de refugiados. Estos centros cuentan con personal médico y si es necesaria la realización de cirugía, serán trasladados a hospitales del Ministerio de Salud Palestino. La atención sanitaria y la medicación son gratuitas.

Las ONGs, tanto palestinas como extranjeras, que prestan su ayuda a la población palestina son muchas. Entre ellas destacan la Sociedad de la Media Luna Roja Palestina (PRCS) que dispone de hospitales propios en el territorio palestino o el Comité Internacional de la Cruz Roja.

Los militares disponen de un seguro sanitario propio y de hospitales propios para ellos y para sus familias. En caso de ser necesaria alguna intervención que no esté en cartera de servicios de sus hospitales serán trasladados a los hospitales del Ministerio de Salud (ambas entidades pertenecen a ANP).

La asistencia privada cuenta con clínicas y con centros especializados que se dedican principalmente a la medicina general, aunque pueden realizar cirugía menor. La consulta en estos centros cuesta entre 4 y 8 euros.

2.1.- Atención primaria de salud

Los servicios que se prestan en atención primaria son principalmente la planificación familiar, vacunación, pediatría, análisis de laboratorio y la atención odontológica, principalmente empastes, limpieza dental, tratamientos de encías y extracción de dientes. Las consultas de atención primaria se centran con más frecuencia en los niños, enfermedades crónicas como diabetes, tensión y alteraciones hormonales. En la Franja de Gaza, el agravamiento de la situación económica llevó a las personas a hacer mayor uso de los servicios de salud pública. El número de personas que acudieron a

dispensarios médicos de atención primaria de salud aumentó en un 8,8% desde 2006 hasta a principios del año 2008 [4].

La prestación de los servicios de atención primaria de salud se realiza tanto por la mañana como por la tarde y están a cargo de personal sanitario del Ministerio de Salud Palestino, de ONGs, de la UNRWA, del servicio militar y de la PRCS. El Gobierno de la Autoridad Palestina administra el 63,5% de los centros de atención primaria de salud [2]. En la administración central de la atención primaria, el Ministerio de Salud Palestino desempeña una función destacada. La red de centros de atención primaria se ha ampliado en las distintas provincias y contaba en 2009 con 693 centros en los Territorios Palestinos. En 2009, en los centros de atención primaria de la Ribera Occidental administrados por el Ministerio de Salud Palestino se efectuaron 1.775.388 consultas con médicos y 1.042.284 con personal de enfermería.

2.2.- Atención especializada

Se considera que el Ministerio de Salud es el principal proveedor de atención especializada (hospitales) en Palestina. El Ministerio posee y administra 2917 camas en 25 hospitales de todas las gobernaciones. Estos establecimientos son parte de los 75 hospitales que existen en Palestina, con una capacidad total de 5058 camas. Cincuenta de los hospitales, se encuentran en la Ribera Occidental; el resto está en las gobernaciones de la Franja de Gaza[2].

Además de los hospitales administrados por el Ministerio de Salud, hay otros 30 que no pertenecen a instituciones públicas y cuentan con capacidad para atender a 1639 pacientes internos, y 19 hospitales de propiedad privada, con una dotación total de 439 camas [2].

La UNRWA posee un solo hospital en la gobernación de Qalqilya, con 63 camas. Los servicios del Ministerio abarcan casi todas las especialidades, entre ellas, la cirugía general y especializada, la medicina interna, la pediatría y la psiquiatría [2].

Los hospitales privados (es decir, los que no pertenecen al Gobierno) tienen servicios de rehabilitación y fisioterapia, y también ofrecen servicios ambulatorios y de urgencia. Hay 12 unidades en distintos hospitales administrados por el Gobierno que ofrecen servicios de diálisis. En 2009 se realizaron 107026 sesiones de diálisis [2].

En 2007, la ratio de camas en la Franja de Gaza era de 133 por 100.000 habitantes [5]. Esta baja ratio origina en ocasiones un colapso en la asistencia hospitalaria.

El sector militar administra un 2,7% de los hospitales y presta servicio a un 1,5% de las familias.

La falta de servicios más especializados en la Franja de Gaza es un problema importante, en particular en cardiología, neurología, oftalmología, oncología, radiología y hematología. Si bien algunos hospitales (en particular el de Al Shifa) cuentan con las instalaciones y los equipos necesarios para prestar al menos parte de esos servicios, carecen de los recursos humanos necesarios y también han experimentado serias dificultades para obtener consumibles para sus equipos de alta tecnología.

3.- LA ODONTOLOGÍA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA FRANJA DE GAZA.

La atención dental en los Territorios Palestinos la presta tanto el Ministerio de Salud, como los hospitales militares y la UNWRA. Además en el Territorio Palestino también hay clínicas privadas que prestan servicios de atención odontológica.

El Ministerio de Salud Palestino administra 52 clínicas dentales en centros de atención primaria de salud: 28 en la Ribera Occidental y 24 en la Franja de Gaza [1, 2]. En los centros de atención primaria y en la mayoría de los hospitales de la Franja se realizan sellado de fisuras, limpieza bucal, extracción de piezas dentarias. Cada dentista suele ver una media de 15 casos al día.

En solo dos hospitales de la Franja de Gaza pertenecientes al Ministerio de Salud Palestino se realiza cirugía máxilofacial y oral, principalmente relacionada con tumores, infecciones, abscesos, quistes y heridas por accidentes o por balas. En estos hospitales trabajan aproximadamente 15 odontólogos especializados en cirugía oral que como media realizan unas 4 operaciones diarias.

Los dentistas afiliados al Ministerio de Sanidad Palestino trabajan de sábado a jueves una media de 6 horas al día, con un salario que oscila entre los 500-900 euros [6].

En 2009 el Ministerio de Salud Palestino registró un total de 143.026 visitas a clínicas dentales (32% en la Ribera Occidental y el 68% en la Franja de Gaza). Se realizaron 191 operaciones de cirugía menor (5,8% en la Ribera Occidental y el 94,2% en la Franja de Gaza), 32.956 casos de extracción de dientes (30% en la Ribera Occidental y el 70% en la Franja de Gaza) y 37.156 casos de tratamientos de encías (el 1,1% en la Ribera Occidental y el 98,9% en la Franja de Gaza) [1, 2].

Introducción

La UNRWA en sus clínicas presta su asistencia exclusiva a los refugiados y cuentan con 23 dentistas y un administrativo. Los dentistas que trabajan en este organismo solo se diferencian de sus colegas que trabajan en el Ministerio en el sueldo, ya que cobran casi el doble (comunicación personal).

En las clínicas militares, se presta atención dental a los militares y su función es tanto primaria como especializada. Como media atienden entre 20 y 25 casos diarios. Los militares pertenecen directamente a la Autoridad Nacional Palestina (ANP) y cuentan con 4 clínicas en la Franja de Gaza, situadas en Rafah, Khan Yunis, Al-Wustah y Gaza y dos hospitales ubicados en Khan Yunis y Beit Hanoun. Cuentan en plantilla con 50 dentistas, aunque actualmente solo hay 27 dentistas en activo, ya que el resto no quieren trabajar con Hamás (comunicación personal). Los dentistas afiliados al servicio militar Palestino trabajan de domingo a jueves, una media de 7 horas al día y cobran entre 500 y 600 euros.

También hay dentistas que se dedican a la salud dental escolar. Su trabajo se centra en los colegios desde el mes de septiembre y hasta finales del mes de abril. Su objetivo es identificar anomalías en dientes (falta de dientes, caries, malformaciones). Revisan a los alumnos de primer curso (6 años) edad a la que debe erupcionar el primer molar; a los de cuarto curso (9-10 años) por ser una etapa intermedia; a los de séptimo curso (13 años) por ser el inicio de la pubertad y a los de décimo curso (16 años) para explorar las caries y las demás anomalías relacionadas con la falta de cepillado y otros hábitos inadecuados. Estos dentistas exploran de media de 70-80 niños al día. Los escolares que presentan anomalías son derivados a los hospitales y ambulatorios de Atención Primaria dependientes de Ministerio de Salud Palestino.

Hasta 1980 la mayoría de los dentistas que trabajaban en los Territorios Palestinos obtuvieron su licenciatura en odontología en universidades egipcias, pero después de esta fecha y hasta 2005 las titulaciones fueron principalmente rumanas, rusas o de países de la antigua Unión Soviética. Después de 2005, y debido principalmente a su coste, las titulaciones vuelven a ser egipcias. Para trabajar tanto en la Administración Pública, en las clínicas militares como en las consultas privadas el licenciado en Odontología debe primero colegiarse y posteriormente superar un examen realizado por el Ministerio de Sanidad.

CAPÍTULO 2

EL TABACO COMO FACTOR DE RIESGO EN SALUD ORAL

Los efectos adversos del tabaco sobre la salud son numerosos y se producen tanto a nivel sistémico como a nivel local. Así en la cavidad bucal el consumo de tabaco se asocia, entre otras patologías con la leucoplaquia, estomatitis nicotínica, gingivitis, periodontitis, recesión gingival, gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUNA), calcificación de la placa bacteriana, halitosis, tinción dental y de las restauraciones. Además contribuye a las caries dentales, al retardo en la cicatrización de las heridas bucales, a la melanosia del fumador, a las alteraciones en el gusto y el olfato, y a la candidiasis. Pero sobre todos estos efectos destaca la relación causal establecida que presenta con el cáncer de labio y boca [7, 8].

1.- ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL

1.1.- Enfermedad periodontal

El consumo de tabaco es un factor de riesgo asociado causalmente con la enfermedad periodontal, junto con una higiene oral deficitaria, la flora oral, el sarro, la impactación alimentaria, las ausencias dentales, distintos factores irritativos locales y la respiración oral, entre otros factores [9, 10]. Los fumadores tienen una mayor prevalencia y severidad de enfermedad periodontal, con pérdidas de inserción mayores, profundidades de sondaje más marcadas y mayor grado de movilidad y lesiones de furca [11]. La condición periodontal de los varones fumadores americanos de 20 años de edad es comparable a la de los no fumadores de 35. En las mujeres fumadoras americanas de 20 a 39 años el riesgo de padecer una periodontitis crónica es el doble que en las no fumadoras [9]. Se estima que están libres de enfermedad periodontal aproximadamente el 15% de los fumadores americanos frente al 30% de los no fumadores [12]. En un estudio longitudinal de 705 individuos americanos (21 a 92 años de edad) se constata que el 25,7% de los fumadores habituales tienen periodontitis moderada o severa, frente al 20,2% de los fumadores ocasionales y el 13,1% de los no fumadores [13]. El riesgo relativo asociado a la enfermedad periodontal en fumadores frente a los no fumadores según diferentes estudios oscila entre el 2,5 al 6 [14, 15].

En cuanto a la severidad de la enfermedad periodontal, el 7,6% de los fumadores americanos sufren estadios avanzados de la enfermedad frente al 3% de los no fumadores, siendo más alta la prevalencia en los que consumen tabaco sin humo en los que se alcanzan cifras del 28,6% [12].

El tabaco sin humo se asocia a la recesión gingival local en el lugar en el que se masca [16, 17] y abarcando generalmente de uno a cuatro de los dientes adyacentes [18]. Esta recesión alcanza hasta

los 8 mm., pudiendo existir o no inflamación gingival asociada [19]. Van Wyk [20] sugiere que esta recesión es debida a una inflamación crónica de la encía asociada a la composición del tabaco y no por acción mecánica, como puede parecer en un primer momento. Con solo unos pocos meses o años de utilización de tabaco sin humo se puede producir una pérdida irreversible de la encía adherida [21] que implica una mayor sensibilidad radicular, una predisposición a desarrollar caries radicular y tinción [22].

Los fumadores americanos tienen una mayor incidencia de gingivitis que los no fumadores [9]. La prevalencia de inflamación gingival, placa dental y sarro entre los fumadores es más alta [23, 24], lo que sugiere que el deterioro periodontal es mayor entre los fumadores [25]. Paradójicamente, también está demostrada una menor inflamación y sangrado tras llevar a cabo la eliminación de placa en los fumadores que en los no fumadores [26, 27].

La placa dental de los fumadores y de los no fumadores es diferente, tanto cualitativa como cuantitativamente. En los fumadores, asociado a una higiene bucal menor, aparece en más cantidad [28] y con mayores niveles de *Bacterioides Forsythus* [29].

Los fumadores, tanto de cigarros puros como de cigarrillos y en menor medida los de pipa, tienen una pérdida de hueso alveolar superior [16], siendo los que emplean tabaco de mascar los que sufren una mayor pérdida (67% vs. 7%) en comparación con los no fumadores (8). Los mecanismos exactos de esta mayor afectación no son conocidos, aunque si se sabe que los fumadores tienen disminuidos los niveles de IgG, IgA, IgM, linfocitos T supresores y aumentadas las IgE. El fumar afecta a la quimiotaxis y fagocitosis de los neutrófilos orales [11] y disminuye las respuestas inflamatorias e inmune frente a los periodontopatógenos [30].

La relación directa entre el tabaquismo y la gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUNA) está claramente establecida [9, 11, 31]. Esta gingivitis, caracterizada por una gran inflamación dolorosa y sangrienta, con ulceración de las encías, mal aliento y excesiva salivación, ocurre diez veces más en fumadores de medio paquete al día que en no fumadores [9]. La acción vasoconstrictora de la nicotina en pacientes con otros factores de riesgo asociados, como el estrés o poca higiene oral reduce el flujo sanguíneo hasta provocar necrosis y ulceración. También se ve influida la fagocitosis de los leucocitos orales [9]. En los fumadores la terapia de esta enfermedad tiene mal pronóstico [32, 33] igual que la cirugía regenerativa [34]. De hecho, se recomienda el cese del consumo previo al tratamiento

periodontal [15, 35]. El 90% de los casos refractarios, aquéllos que no responden a los tratamientos pertinentes, se dan en fumadores habituales [16, 36].

1.2.- Cáncer oral y precáncer

Se estima que aproximadamente el 2% de todos los cánceres se produce en la cavidad oral. En España, en la década de 1990, los datos de incidencia del cáncer oral por cada 100000 habitantes se cifraron en 1,3 en mujeres y 17,5 en hombres [37, 38]. En Europa esta incidencia es más alta en Francia y Hungría [37]. Las tasas de incidencia del cáncer orofaríngeo en Estados Unidos alcanza el 17,1 por 100000 habitantes entre los hombres y de 5,6 entre las mujeres [39, 40]. Se estima que en este país murieron en los últimos cinco años alrededor de 40000 personas debido a cánceres orofaríngeos, siendo causados por el consumo de tabaco entre el 70 y 75% de los mismos [10, 41, 42]. A nivel mundial, el cáncer oral tiene una incidencia de tres millones de casos al año [43].

El tabaco sin humo está muy fuertemente relacionado con el cáncer bucal, incluso más que el tabaco fumado [44, 45], así como con el cáncer de laringe, esófago y de estómago [46]. En el tabaco de mascar las nitrosaminas específicas del tabaco están 8 veces más concentrada que en el humo de los cigarrillos y aumentan cuando se mezcla con la saliva [47, 48], de ahí el potencial poder carcinogénico de esta labor. El riesgo de desarrollar tumores orofaríngeos al emplear tabaco aspirado por la nariz es 5 veces más alto entre los que lo consumen [17]. En un estudio sobre los cánceres orofaríngeos en personas que emplean el tabaco sin humo, el 93% de los cánceres se dan en personas que emplean el snuff, la inhalación por la nariz, y el 6% entre los que mastican el tabaco [49].

La gran mayoría de los cánceres orales son carcinomas de células epiteliales de la mucosa [9] y en su formación influyen de forma importante el consumo de tabaco, de alcohol y una dieta deficitaria en fruta y hortalizas [50]. Existe una relación directa dosis-respuesta entre consumo de tabaco y la aparición de los cánceres orales [9]. Apenas hay diferencias en el riesgo de sufrir un cáncer oral, laríngeo, faríngeo y de esófago entre los fumadores de cigarrillos, puros o pipa, quizás con riesgo ligeramente menor para los fumadores de cachimba o puros [51]. El abandono del hábito iguala el riesgo con el de los no fumadores transcurridos entre 5 y 10 años [52]. No obstante, los cánceres desarrollados por los fumadores de puro o pipa son más agresivos y tienen una mortalidad más elevada [9].

El riesgo de un fumador de contraer un cáncer oral es de hasta 10 veces superior al de un no fumador. Si además es bebedor habitual de alcohol el riesgo es 15 veces más alto [53] [54]. Esto es

debido a que, el alcohol aumenta la permeabilidad de la mucosa oral, potenciándose así los efectos carcinogénicos del tabaco [9, 55].

Los cánceres orales se localizan en un 52% en la lengua, en el suelo de la boca un 16%, un 12% en la mucosa alveolar, un 11% en el paladar y un 9% en la mucosa yugal [9]. El consumo de tabaco en cachimba aumenta el riesgo de padecer cáncer de labio [9]. La localización del cáncer en las áreas retromolares está más relacionado con el consumo de tabaco [56].

El tumor de Ackerman también llamado el carcinoma verrugoso de la laringe, es un tipo de cáncer que generalmente se asocia con una leucoplaquia, es poco frecuente y se da sobre todo en personas que mascan tabaco. Normalmente este carcinoma está bastante localizado, es poco profundo y de crecimiento lento [9]. En este punto debemos hacer referencia a la eritroplasia, que es un tipo de alteración de la mucosa generalmente inducida por el tabaquismo que muchos expertos consideran ya un carcinoma in situ. Esta condición tiene un potencial de malignización extremadamente alto y se caracteriza por una zona roja brillante con bordes que pueden ser tipo copos y suele localizarse en la mucosa yugal, es suave y blando y con menos frecuencia se produce en la lengua o en el suelo de la boca [9].

1.3.- Leucoplaquia

De las lesiones que pueden derivar en una malignización, la leucoplaquia es la más común. La leucoplaquia está considerada como una lesión precancerosa que se maligniza en un 3-5% de los casos. Presenta una localización de alto riesgo ya que se localiza en el suelo de la boca y la cara ventral de la lengua. Si la leucoplaquia se da en no fumadores la probabilidad de malignización es mayor [9]. Dicha lesión aparece por norma general en aquellas localizaciones en las que la mucosa se irrita, ya que es una reacción de queratinización de esta frente a una agresión. Las leucoplaquias se producen por contacto directo con el tabaco y con su humo [57] y es frecuente que suceda en la mucosa yugal de los hombres con edades comprendidas entre los 50 y 70 años. También influyen otros factores como la ingesta abusiva de alcohol, déficits de los complejos vitamínicos A o B o el contacto directo con los productos derivados del tabaco [9].

La prevalencia de leucoplaquia es 6 veces mayor en fumadores que en no fumadores [58] y, de hecho, el cese de consumo de tabaco se refleja en una regresión o desaparición de la lesión [9, 48, 59]. La prevalencia de esta patología es desconocida en la población general, pero un estudio realizado en Alemania en el año 2001 la sitúa en el 2,3% en los hombres y en el 0,9% de las mujeres [60]. El tabaco sin humo está muy relacionado con la aparición de esta lesión, así del 34% al 59% de los casos suceden entre los consumidores de tabaco sin humo, y entre estos las lesiones suelen ser bilaterales [19, 61].

La leucoplaquia se puede también desarrollar de forma severa. Esto sucede especialmente entre aquella población que fuma de forma invertida, esto es, fumar el cigarro del revés con la brasa dentro de la boca. Esta forma de fumar se realiza especialmente entre las clases socioeconómicas más desfavorecidas fundamentalmente en América Central y del Sur, Corea, Filipinas, en el Caribe y en la India. El objetivo de este modo es un mayor aprovechamiento del cigarro, ya que como media cada uno dura así 18 minutos, frente a los 5-6 minutos de la forma convencional. La malignización de este tipo de lesiones es más frecuente [9].

1.4.- Otros desórdenes de la mucosa

El consumo de tabaco, como factor de riesgo independiente o en combinación con otros factores, está relacionado con la candidiasis oral, a pesar de que el mecanismo patogénico exacto no se conoce [11]. La *Cándida Albicans* es el hongo que más frecuentemente infecta la cavidad oral y a pesar que vive en equilibrio en la flora bucal en ocasiones se manifiesta patológicamente.

En la mucosa también aparecen lesiones, cambios fisiológicos o condiciones de respuesta asociados al trauma originado por el propio acto de fumar. Entre ellos destaca el leucoedema, la melanosis del fumador y la estomatitis nicotínica.

El leucoedema se produce sobre todo en el labio, en la mucosa vestibular, cavidad bucal y en la lengua. Dicho desorden aparece en el 60% de los fumadores frente al 37% de los no fumadores [11].

La melanosis del fumador también es un cambio fisiológico [31] aunque aparece normalmente en las razas con pieles muy pigmentadas. Entre los grandes fumadores esta lesión presenta una prevalencia del 30% [62] y sobre todo aparece en la encía adherida; aunque es reversible, la desaparición no tiene lugar hasta como mínimo 2 años tras el cese del consumo [63, 64].

Los fumadores de pipa y en menor medida los de puros con frecuencia presentan la mucosa del paladar dura, arrugada y con múltiples nódulos rojos con un punto claro en el mismo centro. Es la estomatitis nicotínica, una reacción totalmente reversible y no precancerosa, al contrario de la queratosis palatal del fumador de la que debe ser diferenciada clínicamente [9].

El liquen plano es otro desorden de la mucosa que se presenta en el 1-2% de la población general. Parece que el tabaco juega un papel protector en todas las presentaciones, salvo para la forma reticular. Por el contrario, otros desórdenes de la mucosa como la leucoplaquia, o en menor medida el leucoedema, la estomatitis nicotínica, la lengua atrófica, la preleucoplaquia o las lesiones liquenoides, ven reducida su incidencia tras el abandono del consumo de tabaco [59].

El consumo de tabaco también presenta acción protectora en las aftosis recurrentes, ya que la queratinización secundaria de la mucosa en los fumadores la hace más resistente. La prevalencia de esta patología es del 22% en los no fumadores y del 14% en los fumadores, bajando hasta el 7% en los fumadores de pipa [11].

Las papilas gustativas filiformes de la lengua, que en condiciones normales son rosáceas y de pequeño tamaño, en ocasiones entre los fumadores se alargan, se hacen más vastas y se tiñen de color amarillo-blancuzco, marrón o negro [65-67]. Se produce la llamada lengua de terciopelo. En algunos casos, esta proliferación de las papilas alcanza tal tamaño que llegan a rozar el paladar del paciente, provocándole arcadas y náuseas. Entre estas papilas tan desarrolladas quedan atrapados restos alimenticios y placa bacteriana resultando en una sensación quemante de la lengua y se produce halitosis [9].

2.- IMPLANTES DENTALES

El hecho de fumar es un factor de riesgo importante en el fracaso de implantes dentales. Se compararon el fracaso implantario que tenía lugar previamente a la colocación de la prótesis en el maxilar superior en fumadores y no fumadores, encontrando tasas del 9% y del 2% respectivamente. Se produjo por lo menos un fracaso por cada tres fumadores, comparado con tan solo uno entre cada 25 no fumadores [68]. El menor índice de fracaso sucede con implantes recubiertos con hidroxiapatita [69]. En los implantes ya oseointegrados, el fumar implica un mayor índice de sangrado, una mayor profundidad de sondaje perimplantario, mayor prevalencia de periimplantitis y pérdida ósea objetivable radiográficamente por mesial y distal del implante [70].

El cese del consumo de tabaco origina un aumento del porcentaje de éxito del implante en exfumadores, sin diferencias significativas con los nunca fumadores [71]. De hecho, la labor del higienista dental en el abandono tabáquico es muy importante en este tipo de pacientes en cuanto a la mejora del pronóstico de los implantes [11].

Diferentes estudios [72-74] mostraron que los fumadores tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar la enfermedad periimplantaria definida como supuración, formación de fístula, periimplantitis y la pérdida ósea tras un implante.

2.1.- Problemas de cicatrización

El consumo de tabaco influye en la cicatrización y curación de las heridas, tanto quirúrgicas como de otro tipo. De hecho se recomienda no fumar mientras existen infecciones orales, úlceras y extracciones recientes [9]. Se ha demostrado una mayor profundidad de sondaje después del raspado

y alisado radicular en pacientes periodontales fumadores [75] y una menor cicatrización de las heridas quirúrgicas después de la cirugía mucogingival [76].

El mecanismo mediante el cual se produce este retardo en la cicatrización probablemente está asociado con los niveles de adrenalina y noradrenalina en plasma, y con su efecto vasoconstrictor que se potencia después de fumar. A modo de ejemplo diremos que un solo cigarro reduce la velocidad sanguínea periférica un 40% durante una hora. Además de esto, se produce una vasoconstricción local en la mucosa oral de los fumadores [11]. Otros estudios relacionan esta afectación con la función [44] y la migración [9] de los polimorfonucleares en los pacientes fumadores que es diferente en los no fumadores.

3.- SALIVA

Se puede afirmar que el consumo de tabaco no produce un efecto a largo plazo en el flujo salival [77, 78], a pesar de la secreción aumentada inmediata tras el consumo producido por la estimulación directa de los receptores orales asociada a la nicotina. El acto de fumar aumenta el flujo en ambas parótidas [79, 80] y en el resto de glándulas salivares [81] tras la inhalación del humo. El tabaco sin humo también estimula a corto plazo el flujo y la aspiración de tabaco por la nariz incrementa el flujo por lo menos el doble [82].

A largo plazo el consumo de tabaco hace variar el pH de la saliva, lo acidifica [83] y al mismo tiempo se ve reducida su capacidad tampón en los fumadores [84]. Durante el acto de fumar el pH aumenta, como resultado del incremento en el flujo correlativo. Cualitativamente, las concentraciones de lisozima y lactoferrina disminuyen [85], al igual que la actividad de la monoaminooxidasa [86]. En los fumadores pasivos y en los que emplean el tabaco sin humo la IgA aumenta [85, 87, 88]. En los fumadores la concentración de tiocianato, cofactor junto con la peroxidasa y con función antimicrobiana, aumenta [89, 90]. También aparecen la nicotina y cotinina disueltas en la saliva de los fumadores (7) al mismo tiempo que se identifican nitrosaminas. Como resultado de estos cambios la flora bucal también se ve alterada. De hecho, los microorganismos *Lactobacillus* [78] y *Streptococcus Mutans* se ven aumentados entre los fumadores.

4.- CARIES

Se sospecha que los fumadores tienen una mayor incidencia de caries aunque el mecanismo que lo provoca es desconocido y la relación no está establecida [91]. Se hipotetiza que el mecanismo por el que se produce el aumento de la incidencia de caries pueda estar asociado con el descenso del

pH y de la capacidad tampón de la saliva, y el aumento de la flora cariogénica, los lactobacilos y los estreptococos, a pesar del aumento de concentración de tiocianato (7).

5.- TABACO Y OTRAS ALTERACIONES DENTALES

Las abrasiones son desgastes normales de las superficies dentales producidas por procesos mecánicos. Los fumadores de pipa las sufren especialmente en los dientes anteriores y premolares, según la forma de la boca, ya que apoyan la pipa con frecuencia en el mismo lugar [9]. Los que consumen tabaco sin humo, sobre todo los que lo mastican, presentan mayor prevalencia, aproximadamente del 15%, de abrasiones en las superficies de oclusión en piezas posteriores [92], siendo esto debido a las partículas incluidas en el tabaco [9]. Cuando la abrasión afecta al grosor adamantino y la dentina queda expuesta, esta se tiñe y la coloración puede penetrar en la pieza dentaria en profundidad. Los sujetos que mastican tabaco presentan una prevalencia de tinción dental del 30% [92]. Las obturaciones previas también se ven afectadas por esta coloración [9].

Por otro lado, las pipas demasiado pesadas pueden producir movilizaciones dentales, produciéndose así al mismo tiempo una maloclusión asociada con tener los labios separados mientras se fuma, lo que también afecta a la respiración oral [9].

También se producen erosiones dentales por procesos químicos, en los que la placa dental nada tiene que ver y que son debidos a tratamientos frente a la halitosis, ya que muchos fumadores ingieren caramelos y chicles con alto contenido en azúcar y ácidos cítricos, favoreciendo la aparición de caries o dilución de la sustancia dental [9].

El hábito tabáquico también puede influir en la reagrupación tras una exodoncia. La presión negativa generada en cada inhalación puede romper el coágulo sanguíneo en el alveolo. La alveolitis seca es una complicación de la extracción dental que se produce 4 veces más en fumadores que en no fumadores.

6.- TABACO Y HALITOSIS

La halitosis, o mal aliento, tiene implicaciones importantes en la vida social del individuo que la padece. Relaciones sociales, laborales y afectivas se ven modificadas por esta condición. El tabaquismo, entre otros factores, es el principal causante. Esta halitosis tabáquica se provoca por tres mecanismos independientes: el olor localizado en la cavidad oral tras fumar un cigarro, ya que quedan sustancias del humo; el mal olor por el estado de higiene oral, más deficiente y con mayor afectación dental y periodontal de los fumadores; y en tercer lugar, por la acción de las sustancias

Introducción

odoríferas contenidas en el tabaco, que son absorbidas por la mucosa y pasan al torrente sanguíneo y son parcialmente depositadas en los alvéolos pulmonares, siendo expulsadas en las espiraciones [9, 66, 67], sucede lo mismo que con los aniones incluidos en el ajo o en la carne cruda.

Los fumadores de pipa y puros tienen la halitosis más acentuada que los de cigarrillos, debido a los intensos odoríferos del tabaco empleado [9]. El tabaco sin humo tiene también un importante impacto sobre el sentido del gusto, así se ve disminuida la sensación gustativa del amargo, salado y dulce [93].

CAPÍTULO 3

EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE TABACO

1.- CONSUMO DE TABACO EN POBLACIÓN GENERAL

1.1.- Epidemiología del consumo en el mundo

En el mundo fuman aproximadamente 1.250 millones de personas, de ellos una quinta parte son mujeres. La prevalencia de consumo es diferente en función del nivel de desarrollo del país y se estima que el 35% de los hombres y el 22% de las mujeres que viven en países desarrollados son fumadores, frente al 50% y el 9%, respectivamente, de los que viven en países en vías de desarrollo [94]. Además la evolución de la epidemia tabáquica es diferente en ambos tipos de países, ya que mientras en los primeros el consumo de tabaco ha disminuido a lo largo de los últimos años, está aumentando tanto en hombres como en mujeres en aquellos en vías de desarrollo. En países como el Reino Unido la prevalencia de consumo ha disminuido desde la década de 1960 en casi 40 puntos porcentuales en hombres pasando del 61% al 23% en 2006 y de 20 puntos en mujeres con cambios del 42% hasta el 21%. Debido principalmente a la menor resistencia que encuentra la industria tabaquera en los países en vías de desarrollo el consumo de tabaco está aumentando progresivamente en países como Afganistán o Yemen donde la prevalencia de consumo de tabaco entre los hombres supera el 60%, aunque la limitada capacidad adquisitiva de estos países restringe el consumo *per cápita* de cigarrillos [94].

Aunque se está modificando el mapa geográfico de consumo de tabaco, hoy en día las mayores prevalencias se encuentran en la región Europea de la Organización Mundial de la Salud (Europa y Asia Central), mientras que las más bajas se encuentran en la Región Africana (fundamentalmente África subsahariana). Vietnam y Corea son los países con mayor prevalencia de consumo entre la población masculina (73% y 68% respectivamente); mientras que Guinea y Yugoslavia lo son entre la femenina (47% y 42% respectivamente). Por su elevado volumen de población China (63% de varones fumadores, 7% de mujeres), India (45% de varones fumadores, 30% de mujeres) y Rusia (63% de varones fumadores, 30% de mujeres) son los países que agrupan a la mayor parte de los fumadores del mundo [94].

El consumo de tabaco por la población masculina es superior al de la femenina en todo el mundo, excepto en Islandia, Suecia y la República de Naurú. Tanto en varones como en mujeres, el grupo de edad en el que fuma una mayor proporción de individuos es el comprendido entre los 30 y 49 años.

Actualmente el tabaquismo está considerado como el factor de riesgo susceptible de ser prevenido que más muertes causa en el mundo [95]. Se estimó que en el año 2000 el tabaco causó casi 5 millones de muertes prematuras en el mundo, la mitad de las cuales sucedieron en los países desarrollados y la otra mitad en aquellos en vías de desarrollo; 3,8 millones de estas muertes sucedieron en hombres. La mortalidad atribuida en los países en vías de desarrollo va en aumento y se espera que en el año 2030 más del 80% de las muertes atribuidas al tabaco sucedan en países de ingresos medios y bajos [94] .

1.2.-. Epidemiología del consumo de tabaco en el mundo árabe y además de Irán, Turquía e Israel

Las estadísticas sobre consumo de tabaco en los países del mundo árabe y algunos países musulmanes del entorno como Irán y Turquía son limitadas y cuando se dispone de ellas suelen ser incompletas y proporcionan información con un estrecho margen temporal. Esta disponibilidad limitada de datos supone que el importante problema de Salud Pública que está ocasionando y que sobre todo va a ocasionar en el futuro el consumo de tabaco esté pasando desapercibido para los planificadores de salud.

En este epígrafe se va a describir la prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta, esto es, aquella de 15 años y más, de los países que forman parte de la Liga Árabe y además de Irán, Turquía e Israel. Lo primero que destaca al analizar la prevalencia de consumo de tabaco es el valor que alcanza en países como Yemen, Yibuti, Turquía o Jordania, donde el número de fumadores de tabaco supera el 50% entre los varones. Además son pocas las naciones con prevalencia por debajo del 25%.

PAÍS	Hombres	Mujeres
Arabia Saudí	25,60%	3,40%
Argelia	29,90%	0,20%
Bahréin	26,10%	2,40%
Comoras	27,70%	5,00%
Egipto	28,70%	0,90%
Emiratos Árabes Unidos	26,10%	1,60%
Irán	29,60%	1,90%
Iraq	25,80%	1,90%
Israel	31,10%	17,90%
Jordania	62,70%	9,80%
Kuwait		
Líbano	29,10%	7,00%
Libia		
Marruecos	29,50%	0,20%
Mauritania	22,30%	0,80%
Omán	24,70%	0,30%
Palestina		
Qatar		
Siria	44,00%	
Somalia		
Sudán		
Túnez	51,00%	1,00%
Turquía	51,60%	19,20%
Yemen		
Yibuti		

Tabla 1.- Prevalencia de consumo de tabaco en función del sexo [94]

En la mayoría de los países musulmanes existen grandes diferencias en la prevalencia de consumo de tabaco en función del sexo. En Marruecos, Argelia u Omán la prevalencia de consumo no alcanza el 1% en las mujeres. Solo en 2 países para los que se dispone de datos para el grupo de edad a estudio se supera el 15% de fumadoras de cigarrillos en la población, estos son Israel y Turquía.

1.3.- Epidemiología del consumo de tabaco en Palestina

La epidemiología del consumo de tabaco en Palestina es desconocida y la ausencia de una serie histórica de datos impide conocer cuál ha sido la evolución de la epidemia de tabaquismo.

Datos de la Oficina Central Palestina de Estadísticas (PCBS) publicadas en 2008 apuntan un ligero descenso en la Franja de Gaza de la prevalencia de consumo entre 2000 y 2006 en la población mayor de 12 años pasando del 22,1% en el año 2000 al 19,8% en 2006. La disminución sucede tanto en

hombres como en mujeres. En los primeros la prevalencia pasa del 40,7 al 37% y en las mujeres del 3,2 al 2,2% [1]. Aunque en el informe se tratan estos datos como descensos, estos no parecen importantes y probablemente puedan ser analizados también como estabilizaciones en la prevalencia de consumo.

El consumo medio anual de tabaco en los mayores de 15 años osciló en 2007 entre 500 y 1499 cigarrillos. Esto supone un gasto medio mensual de 28,1 dinares jordanos, lo que supone el 4,2% del total de gastos familiares, 33,3 dinares jordanos en la Ribera Occidental y el 18,2 dinares jordanos en la Franja de Gaza [1].

La Organización Mundial de la Salud realizó en 2002 a través del Global Youth Tobacco Survey (GYTS) un estudio sobre el consumo de tabaco en los adolescentes de los Territorios Palestinos Ocupados. El rango de edad a estudio estaba comprendido entre los 13 y los 18 años y estaban escolarizados en colegios privados y en colegios de la ANP y de la UNRWA. Se estudió al 60,7% de todos los alumnos. Entre los resultados obtenidos cabe destacar que entre un 5 y 10% de adolescentes de ambos sexos habían probado los cigarrillos, siendo poco importantes las diferencias en función del sexo: del 6 al 10% en varones y del 4 al 10% en mujeres. La desaparición de la diferencia de consumo en función del sexo es un hecho preocupante, ya que predice el aumento de la prevalencia de consumo de tabaco entre las mujeres. También destaca el hecho de que la prevalencia de fumadores es superior entre los adolescentes de Ribera Occidental (5,3%) que entre los de la Franja de Gaza (2,1%).

Otro estudio realizado en 2004 por Serrano, El-Astal y Faro en adolescentes españoles, palestinos y portugueses encontró que un 4,5% de los adolescentes palestinos fumaban diariamente (el 8,4% de los varones y el 0,6% de las mujeres). En este estudio se observó la importante incorporación al consumo de tabaco a los 18 años, lo que refleja diferencias con la epidemiología del consumo de tabaco en comparación con países más desarrollados donde esta incorporación se produce a edades más tempranas. Así en Gaza a los 14 años son fumadores habituales el 2,4%, a los 15 el 3%, a los 16 el 4,9%, a los 17 años el 5,4%, y a los 18 el 8,3% [96]. Un estudio sobre el consumo de tabaco entre los estudiantes palestinos de la licenciatura de Pedagogía en la Universidad de Al-Azhar de Gaza en el año 2007 constató que el porcentaje de estudiantes fumadores es del 11,1%, de los cuales el 31,1% son varones y el 1,7% mujeres [97]. A pesar de que puede suceder que la prevalencia siga aumentando en función de la edad, también puede estar influyendo otro hecho ligado a estar estudiando un país en fases tempranas de la epidemia de tabaquismo, y es que los individuos con estudios universitarios fumen más.

Un estudio realizado sobre la población palestina en el último cuatrimestre del 2010 por la Oficina Central Palestina de Estadísticas (PCBS), el Ministerio de Sanidad Palestino y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y publicado el 12 de septiembre del 2011 encuentra que el 22,5% de las personas mayores de 18 años son fumadores (26,9% en la Ribera Occidental y 14,6% en la Franja de Gaza). Además el estudio encuentra que la prevalencia del consumo de tabaco ha disminuido un 21% en los últimos años (en el año 2000 estaba en el 27,5%) y la máxima disminución fue notoria en la Franja de Gaza. El estudio del 2010 encuentra que el 15,8% de los jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 19 años son fumadores (31,1% varones y 0,8% mujeres). En las personas mayores de 18 años el consumo de tabaco alcanza el 15% (los varones (30,3%), las mujeres (2,7%) es decir el consumo de los varones supera en 11 veces al de las mujeres (17,7% en la Ribera Occidental y 8,9% en la Franja de Gaza). El porcentaje de fumadores mayores de 18 años ha disminuido en un 19,7% en los últimos 10 años (18,2% en el año 2000) [98].

2.- CONSUMO DE TABACO EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

2.1.- Epidemiología del consumo de tabaco en el mundo

La OMS en 2005 afirmó que el papel y la imagen del profesional de la salud son esenciales en la promoción de estilos de vida y culturas libres de tabaco. Aún así la prevalencia de consumo de tabaco en estos profesionales, es muchas veces preocupante.

La prevalencia de consumo de tabaco entre el colectivo sanitario varía de forma importante en el mundo. Esta prevalencia también está ligada a las fases epidémicas por las que pasa una población a lo largo de los años, identificadas por el modelo de López y colaboradores [99]. En este modelo la prevalencia entre profesionales sanitarios se puede asimilar a lo que sucede entre la población que los autores definían como clases sociales favorecidas. Por lo tanto en los países desarrollados la prevalencia de consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios está, generalmente, en disminución; mientras que en los países en desarrollo aún podría estar en aumento. La prevalencia de consumo entre los profesionales sanitarios de los países en vías de desarrollo no debería llegar a los niveles alcanzados en los países desarrollados, ya que los profesionales son conscientes de los efectos que el tabaco tiene. Actualmente, las prevalencias de consumo entre profesionales sanitarios muestran una importante heterogeneidad y así en países que se encuentran en fases avanzadas del modelo de López y colaboradores, generalmente en la fase IV, como Estados Unidos, Reino Unido, Noruega, Suecia o Finlandia la prevalencia de consumo está por debajo del 11%, mientras que en otros que se encuentran en estadios más tempranos, como Turquía, Rumania o Bulgaria superan el 40% [94].

2.2.- Epidemiología del consumo de tabaco en el mundo árabe y además de Irán, Turquía e Israel

La prevalencia de consumo de tabaco entre el colectivo sanitario del mundo árabe, al igual que entre población general, en la mayoría de los países es desconocida. Se dispone de información para menos de la mitad de los países contemplados en este epígrafe y la información es difícilmente comparable con la de población general debido a que los datos no están desagregados en función del sexo y se desconoce el grupo de edad al que se refieren. En estos datos, publicados en el Atlas de Tabaco [94], las prevalencia están por debajo del 20% en 4 países: Bahrein, Kuwait, Líbano y Marruecos.

PAÍS	Prevalencia consumo
Arabia Saudí	20%
Argelia	37%
Bahréin	15%
Jordania	27%
Kuwait	18%
Líbano	7%
Marruecos	17%
Turquía	42%

Tabla 2.- Prevalencia de consumo entre profesionales sanitarios en algunos países árabes y musulmanes [94].

Además de los datos publicados en el Atlas de Tabaco de 2009 se dispone de estudios locales que aportan estimaciones puntuales de prevalencia que podrían ayudar a perfilar la realidad del consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios de los países árabes (Tabla 3). En la Tabla 2 se muestra un resumen de los resultados de estos trabajos. Con independencia de las estimaciones de prevalencia destaca el tamaño muestral de los estudios, generalmente pequeño y la limitada perspectiva temporal que se puede obtener, ya que solo Arabia Saudí, Egipto y Kuwait disponen de datos que permiten observar como la prevalencia de consumo entre profesionales sanitarios ha disminuido en las últimas décadas. En ocasiones se observa disparidad con los datos aportados por el Atlas de Tabaco, si bien algunas de las estimaciones recogidas en la tabla 2 y en la Tabla 3 deben ser tomadas con cautela debido al tamaño muestral.

La comparación de las prevalencias entre países debe ser realizada con cautela ya que la definición de las diferentes categorías de fumadores varía, y en ocasiones es imposible discernir entre fumadores diarios y ocasionales. El período temporal de evocación de recuerdo de consumo es distinto y además en ocasiones los muestreos varían entre aleatorios y muestreos de conveniencia.

Introducción

País	Año	% de fumadores	Método	Tamaño muestral	% de respuesta	Resultados adicionales	Autores
Arabia Saudi	1987	34	Entregas en mano	716	81	Los médicos fumaban más cigarrillos que las médicas	Saeed (106)
Bahrein	2004	18,4	Entregas en mano	470	81,4	6,4% fuma shisha	Behbehani et al (100)
Emiratos Árabes Unidos	1992	36 (44% varones y 8% mujeres)	Correo	275	92	Casi la mitad de los fumadores tenían más de 45 años.	Bener et al (104)
Irán	2001	9	Entregas en mano	111	n/sg	Los residentes tuvieron una tasa de tabaquismo más alta que asisten a los médicos	Ahmadi et al (105)
Israel	1996	16 (16% varones y 15% mujeres)	Entrevista	260	87	La mayor prevalencia de fumadores se observó entre los radiólogos	Samuels (109)
Jordania	2006-2007	22,4% varones y 9,1% mujeres	Entregas en mano	251	67	El 56,2% de los médicos había aconsejado siempre a los pacientes sobre el tabaco.	Merrill et al (101)
Kuwait	2004	14,6	Entregas en mano	1095	70	12% fuma shisha	Behbehani et al (100)
Kuwait	1990	38 (45% varones y 16% mujeres)	Correo	252	84	Más de la mitad de los fumadores tenían entre 35 a 44 años	Bener at al (104)
Kuwait	2002	16,8 (37,3% varones y 4,4% mujeres)	Auto-administrado	1625	65,6	La prevalencia es alta entre los empleados (30,5%) y personas con estudios primarios (45,5%)	El-Eisa et al (102)
Omán	2001	11	Entregas en mano	1191	70	Los dentistas fuman más que los médicos	Al-Lawati et al (103)
Sudan	1980	46 varones y 1% mujeres	Correo y Entregas en mano	753	72	Algunos de los síntomas respiratorios son más frecuentes entre los fumadores	Ballal (107)
Turquía	2002	38	Entregas en mano	257	85	25% fumadores ocasionales	Gunes et al (108)

Tabla 3.- Prevalencia del consumo de tabaco en profesionales sanitarios en algunos países árabes y musulmanes e Israel [100-109].

Las estimaciones de la prevalencia de consumo de tabaco entre dentistas solo están disponibles en 2 países: Jordania y Arabia Saudí. El estudio realizado en 2003 en Jordania fija la prevalencia de consumo en este colectivo en el 35%, de estos un 83% son fumadores diarios. Las prevalencias son diferentes en función del sexo y así un 43,1% de los varones son fumadores actuales frente a un 15,3% de las mujeres [110]. En Arabia Saudí la prevalencia de consumo entre los dentistas es del 14,2%.

Introducción

País	Año	% de fumadores	Método	Tamaño muestral	% de respuesta	Resultados adicionales	Autores
Arabia Saudi	2007	14,2	Cuestionario	211	70,3	Un 80,6% creen que el dentista juega un papel en dejar de fumar	Al-Qahtani et al (110)
Jordania	2003	35	Encuesta por correo	613	72	Los dentistas de mayor edad tienen más probabilidades de dejar de fumar que los más jóvenes	Burgan (99)

Tabla 4.- Prevalencia del consumo de tabaco entre los dentistas de países árabes [110].

2.3.- Epidemiología del consumo de tabaco en Palestina

En Palestina la disponibilidad de información sobre la epidemiología de consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios es muy limitada.

En el año 2008 el Ministerio de Sanidad Palestino realizó un estudio entre los funcionarios de los hospitales de la franja de Gaza. Se observó que la prevalencia de fumadores en los médicos palestinos era del 28,5%, en los técnicos de Rayos X del 20%, entre los enfermeros del 12%, y en los farmacéuticos del 8,3% [1].

La epidemiología del consumo de tabaco entre los dentistas es desconocida.

CAPÍTULO 4

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1.- HERRAMIENTA PARA ALCANZAR ESTILOS DE VIDA MÁS SALUDABLES.

La educación sanitaria, junto con las inmunizaciones preventivas y los cribados, constituye una de las bases sobre las que se apoya la medicina preventiva actual. Los encargados de su aplicación en el ámbito clínico son los profesionales sanitarios que desempeñan tanto un papel activo, a través del consejo, como pasivo, centrado en el rol modélico. Ya en el siglo IV A.c. Hipócrates realizaba educación sanitaria basada en el conocimiento sobre la relación entre comportamientos establecidos y salud. En 1912 el Departamento de Salud de Nueva York introdujo el término “Educación Sanitaria” que fue posteriormente reforzado en 1948 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) al definir salud como “Estado de bienestar físico, mental y social, y no solo como ausencia de enfermedad o discapacidad” profundizando así de manera importante en la Educación para la Salud (EpS).

La Educación para la Salud surge en cualquier escenario en donde se trate de modificar de forma positiva los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectivos. Este cambio en el comportamiento se logra al modificar los conocimientos y las actitudes [111].

En la actualidad, sobre todo en países desarrollados, las enfermedades y problemas de salud más frecuentes (cánceres, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, accidentes de tráfico,...) están relacionados con los estilos de vida (calidad de la alimentación, consumo de tabaco, consumo de alcohol y otras drogas, sedentarismo, conducción arriesgada,...). Estas patologías se pueden prevenir y controlar a través de la promoción de la salud que tiene tres componentes fundamentales e interrelacionados: educación para la salud, comunicación e información. Muchos estudios confirman la importancia de los estilos de vida como determinantes de salud y corroboran cómo las conductas insanas producen un incremento significativo en la morbilidad y mortalidad prematura. La mayoría de estos estudios demuestran asociaciones significativas entre factores de riesgo como consumo de tabaco, de grasas saturadas o sedentarismo, provocando un importante coste directo e indirecto al sistema sanitario. Estos estudios también fueron un detonante de los cambios en la gestión sanitaria de muchos países, que empezaron en la década de los setenta a dedicar un mayor porcentaje de recursos a la prevención y a la Educación para la Salud [112].

Una de las definiciones de la Educación para la Salud que se considera más completa es la propuesta en 1975 por el IV Grupo de Trabajo de la "National Conference on Preventive Medicine" en

Estados Unidos. Esta definición establece que la Educación para la Salud debe ser "un proceso que *informe, motive y ayude* a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugne los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirija la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos" [113].

Según la OMS la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la *alfabetización sanitaria*, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de *habilidades personales* que conduzcan a la salud individual y de la *comunidad* [114].

Posteriormente la OMS la redefinió en los siguientes términos: "La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la *salud*. La educación para la salud incluye no solo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la *salud*, sino también las que se refieren a *los factores de riesgo y comportamientos de riesgo*, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la *salud*" [114].

Esta definición permite extraer varias ideas relacionadas con lo que es la educación para la salud para la OMS y que permite adaptar la definición a la práctica del contexto sanitario en la que se desarrolla. Introduce la oportunidad de aprendizaje como facilitador de los cambios voluntarios del comportamiento, lo que implica el desarrollo de una actividad educadora por parte de los profesionales de salud adaptada a las necesidades del individuo, que es responsable de su aprendizaje.

La educación para la salud debe ser una actividad más dentro del quehacer diario del personal de salud para que sus resultados sean visibles. La educación para la salud permite la transmisión de información y es una forma de actuación dirigida a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud. Cuando se realiza el contacto inicial de los individuos con el sistema de salud, es prioritario implementar la educación para la salud y dirigirla especialmente a la población sana [111]. Una estrategia fundamental para promover la salud de la población consiste en capacitarla para elegir de forma acertada sus estilos de vida a través de una herramienta que es la educación para la salud [112].

Mejorar la salud y la calidad de vida de las poblaciones educando para la salud es posible. En ocasiones la causa principal del fracaso de muchos programas preventivos ha sido la ignorancia de los factores externos que conforman el medio social del individuo dentro de la comunidad, y el no haber establecido la promoción de su modificación en sentido positivo.

2.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD: SU PAPEL EN EL TABAQUISMO

El factor que más influye en la reducción de la prevalencia de consumo de tabaco en los países desarrollados es el conocimiento de los riesgos potenciales que supone para la salud [115]. En un estudio llevado a cabo en Estados Unidos en el año 1985, la mitad de los encuestados no sabían que fumar causaba la mayoría de los casos de cáncer de pulmón y dos tercios no identificaban el tabaco como causa de ataques cardíacos [116]. En otro estudio llevado a cabo en Cuba en 2010 destaca que el 97,9% asociaba el consumo de tabaco con el cáncer de pulmón pero solo un 10,5% lo relacionaba con otros cánceres y 1,9% con la bronquitis crónica [117]. Los programas preventivos se basan en que es más eficiente, y más fácil, prevenir el inicio al consumo que el cese del mismo. Además, mientras que los programas preventivos llegan a la gran mayoría de la población con una gran efectividad, los de cese solo van dirigidos a aquellos individuos motivados en dejar de fumar [118].

El planteamiento de los programas de prevención del tabaquismo está condicionado por la población diana a la que van dirigidos, que generalmente son los adolescentes. En este caso la identificación de ámbitos de actuación es fundamental, así la escuela, la casa, la comunidad y los medios de comunicación social son contextos en donde los programas deben actuar. Además se debe conocer de antemano los puntos críticos favorecedores de acciones preventivas. Por ejemplo, la prevención debe iniciarse antes de la etapa crítica de cambio asociado a la adolescencia y caracterizado por las fases de iniciación y consolidación, aproximadamente cuando los escolares tienen entre 12 y 13 años. Los mejores programas preventivos son aquellos que se centran en las competencias sociales y en el desarrollo de habilidades para reconocer y resistir la presión social, uno de los factores principales en el inicio del consumo. Entre los programas más efectivos se identifican las estrategias preventivas que abarcan dos o tres cursos lectivos [119].

En España aproximadamente el 90% de los pacientes fumadores visita a su médico una vez al año [120]. Este hecho unido a que padecer un problema de salud es el factor independiente más influyente para dejar de fumar y, en concreto, el infarto agudo de miocardio es la enfermedad que provoca más abandono, por encima del cáncer o la patología bronquial, hace que los contactos de los fumadores con el sistema sanitario supongan una importante oportunidad para trabajar en

deshabitación. El diagnóstico reciente o la exacerbación de enfermedades relacionadas con el tabaco ayudan a personalizar los riesgos que tiene el tabaco para la salud y a incrementar la motivación del paciente para dejarlo. Diferentes estudios destacan que el consejo antitabáquico llevado a cabo por el profesional sanitario es efectivo y requiere poco tiempo [121-123]. Existe en la actualidad un amplio abanico de intervenciones que se demuestran eficaces para el abandono del consumo de tabaco, y que pueden incrementar la posibilidad de éxito hasta un 30%. Entre estas destaca el consejo mínimo o intervención breve, el tratamiento psicológico y el tratamiento farmacológico. Se debe educar para que los profesionales sanitarios, en el desarrollo de sus funciones, averigüen siempre si un paciente es fumador y le aconsejen que deje de fumar. Este consejo debe ser claro, firme y personalizado, relacionando, si está presente, el consumo de tabaco con su patología y enfatizar el empeoramiento clínico que se puede presentar si continúa fumando. Después de valorar si está dispuesto al abandono del hábito tabáquico se debe ayudar a dejar de fumar. Esta ayuda debe estructurarse y así se debe realizar un plan, recomendar medicación, explicándole las ventajas que presenta, realizar asesoramiento psicológico basado en el entrenamiento en técnicas de afrontamiento y resolución de problemas y, entre otros, facilitar material complementario. Por último, se debe acordar siempre un seguimiento.

Es importante también la identificación de los fumadores que no están interesados en abandonar el tabaco y se debe intervenir para motivarlos, utilizando el consejo personalizado sobre los riesgos de persistir en el consumo y las ventajas de su cese [124].

El consejo debe protocolizarse y tener en cuenta la importancia de empatizar con el fumador y ganar su confianza sobre todo cuando lo que se pretende es ayudar a los fumadores que quieran dejar el consumo de tabaco. De esta forma se estará dando un paso importante en conseguir una mayor eficacia de la intervención antitabáquica y, a la vez, aumentar la del propio fumador [125].

El protocolo en si mismo [126] tiene que incluir un espacio libre de humo de tabaco, el registro del hábito en todas las historias clínicas de los pacientes, un examen físico, la personalización del riesgo y la entrega de material escrito que posteriormente el paciente pueda revisar. Incluir un espacio libre de humo no hace solo referencia a que no se pueda fumar, sino que las revistas que pueda haber en la consulta no deben contener publicidad del tabaco, no debe haber ceniceros o fotografías de gente fumando. El punto siguiente sería registrar de forma rutinaria si el paciente que acude a la consulta es no fumador o si lo es, y si lo es preguntar por todo aquello referente a su hábito. El profesional de salud debe aconsejar a los fumadores el cese, pero tiene que tener en cuenta los condicionantes personales del paciente, es decir, debe personalizar el consejo incluyendo sus motivaciones para dejar

de fumar y potenciarlas. Entre estas principalmente están la salud, la apariencia, los motivos económicos, la autosuperación, el servir de ejemplo y las presiones familiares y sociales recibidas por el individuo [127, 128]. Las motivaciones para el abandono influyen enormemente en la condición de no fumador posterior, evitando las recaídas [129]. A un paciente joven, el hecho de que a largo plazo pueda padecer enfisema o cáncer de pulmón, no le impactará tanto como tener los dientes amarillos, mal aliento, o la cantidad de dinero que puede llegar a gastar siendo fumador. Otro ejemplo es el de las madres que fuman, en las que el detonante del abandono puede ser el de proteger a sus hijos de los riesgos de ser fumadores pasivos.

Una parte fundamental en la anamnesis del fumador es identificar la fase en la que se encuentra dentro de los diferentes estadios de Prochaska, para orientar el proceso desde el principio. El consejo sanitario solo es efectivo en los pacientes que ya de por sí quieren abandonar el hábito, condición más favorable en los que ya están afectados por alguna patología provocada por el consumo de tabaco [130].

Poner una fecha para el abandono total es importante, ya que sirve para que en ese intervalo el paciente medite sobre las motivaciones personales que lo llevan al abandono, solicite ayuda a los familiares y amigos, se prepare psicológicamente, tire el tabaco que tiene en casa, en el coche, en el trabajo, tome nota de la cantidad de tabaco que ya lleva fumado e identifique aquellas situaciones que más fácilmente lo llevan a fumar. Aunque algunos autores afirman que es preferible intentar el abandono el mismo día que se ve al paciente y se da la primera sesión de consejo, y aunque también gran cantidad de pacientes ya lo aceptarían, no debería intentarse en esta sesión ya que disminuiría el grado de éxito a medio plazo [126].

Se debe entrenar al fumador en la sustitución del consumo de tabaco por otras actividades como masticar chicles sin azúcar, manipular un bolígrafo o una cucharilla de café o andar más de prisa. Incluso se recomienda hacer ejercicio, ya que este combate los efectos depresivos de dejar de fumar, a la par de combatir el aumento de peso que con una media de 2,5 kilogramos sufren los que dejan de fumar [131].

Destaca también en el conjunto de técnicas de abandono tabáquico la aseveración de que las recaídas forman parte del proceso. Los exfumadores logran abandonar el hábito tras varios intentos y recaídas. Se debe intentar disminuir el sentimiento de culpabilidad de los que no lo consiguen, favoreciendo así un nuevo intento posterior [130]. En los que sí lo consiguen, el seguimiento es fundamental durante los primeros meses, ya que en este período se produce el mayor número de recaídas.

Es muy importante fijar las citas de seguimiento, ya que gran parte de las recaídas ocurren dentro de los siete primeros meses [132]. La primera cita debe ser en los siguientes días de comenzar la terapia, ya que esta visita actúa como un importante refuerzo. El número óptimo de visitas de seguimiento a los 6 meses de la fecha de abandono oscila entre cuatro y seis. Estas visitas las puede realizar el personal de enfermería o los auxiliares, aunque deben estar tuteladas por el médico u odontólogo. Las actividades más importantes durante el seguimiento son el apoyo al paciente en su esfuerzo, la insistencia del consejo, el recuerdo de los distintos aspectos de abandono, así como el modo que tiene el paciente de responder en el proceso, y el apoyo si se comete algún fallo en el mismo.

Hasta ahora gran parte de la educación para la salud sobre el tabaco se centraba en dos aspectos: los conocimientos básicos que se explican en el contenido curricular, con una efectividad limitada a corto plazo, y por otro lado, la intervención breve (preguntar, asesorar y apreciar la motivación) [133]. Actualmente hay progresos en la educación médica y odontológica en Europa y EE.UU que se reflejan en el uso de métodos de aprendizaje activo y pacientes estandarizados [134, 135], la evaluación de competencias [136] y la preparación de expertos en la facultad que actúan como monitores [137]. Autores de varios países señalan que entre las competencias que deben tener los estudiantes de las facultades de higiene bucal y dental, destacan las habilidades de comunicación y el nivel de conocimientos básicos en tabaquismo. Así mismo la instrucción, el conocimiento de estrategias de evaluación y la importancia de la educación continua de los profesionales son vitales para mejorar la prevención y cesación tabáquica. Además estos autores también proponen el cambio de método de abordaje tradicional hacia las estrategias y técnicas que involucran y motivan al paciente, como el modelo de entrevista motivacional [138].

El profesional sanitario que aplica la entrevista motivacional debe poner en práctica una serie de técnicas relacionadas con la interacción entre él mismo y el individuo que acude a consulta. Estas técnicas han sido denominadas OARS (por sus siglas en inglés, *Open-ended questions; Affirmations; Reflective listening; and Summaries*) [139, 140], y consisten en [141]:

1. *Preguntas abiertas*: al realizar preguntas abiertas el profesional crea una atmósfera de aceptación y confianza; adicionalmente, fomenta el análisis del problema por parte del que consulta. Las respuestas a las preguntas abiertas obligan a la elaboración de información y emoción asociada con lo que se dice, lo cual favorece el procesamiento de información acorde con la búsqueda de aumento de la conciencia con respecto al problema. En estudios recientes [142] se propone como técnica principal de interacción

un subtipo de este tipo de preguntas, aquellas que tienen por objetivo el mantenimiento de las frases automotivadoras, las preguntas evocadoras.

2. *Afirmar*: esta técnica hace referencia al apoyo proporcionado al que consulta, lo cual puede realizarse por medio de comentarios positivos, frases de apoyo y comprensión. Estas afirmaciones se hacen de manera directa y explícita.

3. *Escucha reflexiva*: es la habilidad básica de la entrevista motivacional que permite identificar el aspecto en el que hay que trabajar y en el que no. Es un proceso de escucha atenta y directa, debido a que la reflexión no es un proceso pasivo; por el contrario, el profesional decide y dirige el tema sobre el cual reflexionar y aquel que se debe ignorar. Además se debe identificar en qué se debe hacer énfasis y en qué no, así como las palabras a utilizar para lograr el objetivo y la atención del que consulta. Esta reflexión se caracteriza por no hacerse en tono de pregunta sino de afirmación, donde se identifica el significado del mensaje original y se expresa por medio de una frase.

4. *Resumir*: esta estrategia intenta destacar lo más importante que el consultante ha dicho, fomentando un buen encuadre clínico y el interés del que consulta por la terapia. El resumen permite prestar mayor atención a los elementos importantes en la discusión y cambiar la atención o dirigirla hacia aspectos relevantes. Es recomendable hacerlo con frecuencia para no almacenar mucha información que puede ser olvidada o descontextualizada al realizar el resumen.

3.- LA INTERVENCIÓN MÍNIMA ANTITABÁQUICA

La intervención mínima antitabáquica (IMAT) es una estrategia de abordaje oportunista, porque se da a fumadores que entran en contacto con el profesional sanitario, y breve, por el tiempo que requiere. El objetivo principal de una intervención breve pasa por identificar y ofrecer al fumador la posibilidad y la ayuda necesaria para que deje de fumar. Las intervenciones breves deben ser sistemáticas y por lo tanto se deben dirigir a cualquier individuo que fume o que lo haya dejado recientemente. Esta intervención debe adaptarse tanto al medio donde se presta la asistencia como al paciente. La intervención breve se apoya en 5 etapas que se basan fundamentalmente en las que el informe del Public Health Service de los Estados Unidos establece en las intervenciones clínicas breves y que están diseñadas para su aplicación en el ámbito de la atención primaria. El National Cancer Institute en Estados Unidos identifica esta intervención con la regla mnemotécnica de las cinco A's: Ask (preguntar e identificar los fumadores), Advise (aconsejar sobre el abandono), Assess (averiguar el deseo de abandono), Assist (ayudar en el abandono) y Arrange (programar el seguimiento) [143, 144].

Con el objetivo de no perder la regla mnemotécnica, una posible traducción al castellano sería averiguar, aconsejar, apreciar, ayudar y acordar [145] pero siendo más fieles al objetivo de cada fase haremos referencia a estos 5 pasos como: preguntar, aconsejar, valorar, ayudar y fijar.

PREGUNTAR: preguntar a todos los pacientes si fuman, con el objetivo de realizar una identificación sistemática de los fumadores y exfumadores. La información se debe plasmar en la historia clínica para poder consultarla en posteriores visitas. Estos dos pasos (pregunta y registro) son medidas eficaces en el control y prevención del tabaquismo, en la medida en que induce una actitud intervencionista del profesional sanitario en el abordaje terapéutico del paciente fumador. Cuando el profesional registra el consumo de tabaco en la historia clínica, la probabilidad de que intervenga con ese paciente se multiplica por tres [145] y aumenta entre un 49 y un 70% el número de pacientes que reciben consejo [146]. En el caso de los jóvenes debe preguntarse por el consumo de tabaco en el núcleo familiar.

ACONSEJAR: se debe dar consejo antitabáquico a todos los fumadores con el objetivo de que dejen de fumar. El consejo debe ser firme, convincente y debe tener unas determinadas características:

Los mensajes han de ser claros: se debe informar al fumador de lo que realmente significa fumar [145], darle información sobre la ayuda que el profesional puede prestarle y entre otros puntos explicarle que la reducción del consumo no es suficiente.

Convincentes: cuando se está enfrente de un fumador que pretende dejar de serlo se ha de tener presente que probablemente esté pasando por unos momentos difíciles, con incertidumbre e inseguridad, temeroso de lo que va a pasar cuando deje el tabaco. Hay que ser positivos y poner de manifiesto que el abandono del consumo del tabaco proporciona múltiples beneficios [145].

Personalizados: la historia de consumo, la motivación, la estructura familiar o los costes económicos son, entre otros, puntos que se deben tener en cuenta de forma individual cuando se aconseja sobre el abandono del consumo de tabaco. El personal sanitario debe personalizar los mensajes, así en el caso de los odontólogos explicar los daños dentales que causa sería una buena estrategia [147].

VALORAR: determinar la voluntad o la motivación que el fumador tiene para dejar de fumar, ya que en función de la misma se va a programar la ayuda concreta. Si el paciente manifiesta claramente que no quiere dejar de fumar, habrá que realizar una *entrevista motivacional*: ofrecer nuestro apoyo y poner de manifiesto las ventajas de no fumar. Si el paciente no tiene claro qué hacer, se le debe ofrecer ayuda y la posibilidad de un tratamiento. Si el paciente está dispuesto a intentarlo, además de ofrecer ayuda

hay que llevar a cabo una oferta terapéutica concreta, valorando la conveniencia de iniciarlo en ese mismo momento [145]. Si a la consulta acuden colectivos concretos como mujeres embarazadas o adolescentes se debe dar información adicional centrada en el impacto que el consumo de tabaco tiene en ellos.

AYUDAR: ayudar al paciente en el abandono del tabaco a través de un plan de actuación que pasa por diferentes fases [145]:

a) *Fijar y prepararle para el día D.* Que el fumador elija la fecha para dejar de fumar. Esta fecha debe ser identificada por el fumador como propicia y no debe fijarse en un periodo temporal que el considere como estresante. En los días previos al día escogido conviene que realice algún cambio en su conducta de fumador: fumar menos, autorregistro de los cigarrillos previo a su consumo, no llevar mechero, fumar sin compañía los cigarrillos, guardar y lavar los ceniceros después de usarlos y dejar de fumar en sitios donde pasa mucho tiempo y que se asocian principalmente con el consumo de tabaco. Estas medidas van orientadas a romper con el automatismo del consumo de tabaco y a hacer más incómodo el hecho de fumar, en definitiva, a preparar el camino al día D. Este día no debería fijarse más allá de 2 semanas después del primer contacto. Todos los fumadores deben recibir material escrito de autoayuda. Además se debe *facilitar material adecuado que le sirva de apoyo e información*: hoja informativa sobre el tabaquismo, guía para dejar de fumar, ventajas de no fumar.

b) *Que solicite la ayuda y colaboración de las personas que le rodean* (familiares, amigos, compañeros del trabajo). Se trata ante todo de buscar ayuda y complicidad.

c) *Valorar la conveniencia de un tratamiento farmacológico de eficacia demostrada.* Informarle de los *síntomas del síndrome de abstinencia* para que, conociéndolos, le sea más fácil actuar, evitando de esta forma un abandono del tratamiento por miedo a unos efectos no explicados y ofrecer algunos consejos útiles para que en caso de que se presenten le sean más llevaderos.

d) *Darle apoyo constante e informarle de la disponibilidad del centro sanitario como punto de ayuda constante.*

FIJAR: programar visitas de seguimiento, como mínimo deben ser dos. Sería óptimo que la primera se realizase una semana después de dejar de fumar y la siguiente en el mes posterior. No por ser el último, este paso tiene menos importancia, sino más bien es el que marca el éxito o el fracaso [148]. En estas visitas se debe felicitar al que lo ha logrado, y a los que han vuelto a fumar revisar el porque no lo ha conseguido y explicarle que esta recaída puede ser el punto de partida para un nuevo intento.

Introducción

A los fumadores que de momento no desean dejar de fumar se les debe aplicar la estrategia de intervención conocida como las seis Rs de la intervención motivacional [149]:

RELEVANCIA (relevace): dar información motivacional que tenga alto impacto, como las enfermedades de alto riesgo.

RIESGO (risk): hacer preguntas que identifiquen consecuencias negativas del uso del tabaco.

RECOMPENSA (rewards): que el paciente identifique los beneficios de dejar de fumar.

OBSTÁCULOS (road blacks): que identifique los impedimentos que tiene para dejar de fumar.

REPETICIÓN (repetition): repetir cada vez en los pacientes no motivados los pasos anteriores.

RECAÍDA (relapse): mejorar la autoeficacia del individuo para anticiparse a los problemas que puedan originar una recaída.

CAPÍTULO 5

EL PAPEL DEL ODONTÓLOGO EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

El odontólogo como profesional de salud tiene un papel importante como educador sanitario. En el caso del tabaquismo puede desarrollar esta labor a distintos niveles: a nivel individual, ya que tiene la función de educar a los pacientes sobre los efectos dañinos del tabaco [143]; a nivel comunitario debido a que sirve de ejemplo o de modelo a imitar [150, 151] y además puede promover en el trabajo zonas libres de tabaco; y a nivel social ya que puede influir en la promoción del Convenio Marco para el Control de Tabaco [152].

Los pacientes fumadores prefieren a un profesional de la salud para hablar del tabaco [153], y en general agradecen que el profesional le explique los efectos nocivos que provoca en su salud y le de consejos sobre el cese [22, 154, 155]. Una de las ventajas que tiene la práctica del consejo en la clínica dental es que el tratamiento odontológico normalmente requiere una serie de visitas en un período de tiempo concreto, que se pueden aprovechar para ofrecer el consejo antitabáquico, lo que aumenta sus probabilidades de éxito. Además los odontólogos tienen la oportunidad de ver gente generalmente saludable, sin embargo, disponen de poco tiempo y por ello es difícil, incluir intervenciones prolongadas. Así las asociaciones profesionales y agencias no gubernamentales promueven varios niveles de atención, que se diferencian en función de la intensidad y composición, ya que implican el uso de programas basados en 3 As, 4 As o 5 As [138].

Otras razones que indican la oportunidad de llevar a cabo los programas de educación para el cese del consumo de tabaco desde el propio gabinete dental son [156]:

- 1) El odontólogo es una pieza clave en el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones de la cavidad oral relacionadas con el tabaco tales como halitosis, xerostomía, estomatitis nicotínica, hiperqueratosis, tinción dentaria, periodontitis, melanosis del fumador, leucoplasias, eritroplasias y cáncer de lengua [157].
- 2) La intervención de los odontólogos y estomatólogos, mediante el consejo profesional, resulta esencial en la prevención de todas estas alteraciones.
- 3) El odontólogo forma parte de la organización sanitaria, en la que todos sus miembros tienen acciones sinérgicas sobre los otros. Así, las intervenciones llevadas a cabo en la clínica odontológica son tan efectivas como las efectuadas en otro tipo de consultas médicas. Por lo tanto, el odontólogo debe ser competente tanto en la prevención del inicio del consumo como en la deshabituación [11].

Sirva de ejemplo que en el año 2001, en los EEUU, casi el 25% de los adultos y el 35% de adolescentes de secundaria fumaban. Entre éstos más de la mitad de los adultos y casi las tres cuartas partes de los adolescentes visitaron al dentista, y sin embargo más del 40% de los odontólogos ni siquiera preguntaban rutinariamente por el hábito tabáquico de sus pacientes y el 60% no aconsejaban rutinariamente el cese [42]. En definitiva, se observa que, por un lado, el tabaquismo aumenta los riesgos y problemas en los tratamientos orales y, por otro, el contacto del odontólogo con la población es alto y el trato es estrecho, lo que permite que este profesional pueda llevar a cabo una orientación personalizada.

Aunque las intervenciones en materia de tabaquismo han mostrado su efectividad, las barreras para la implantación de actividades orientadas al cese y prevención del consumo del tabaco en la consulta odontológica son variadas. Se han señalado las siguientes:

- 1) La gran mayoría de los profesionales implicados en el mantenimiento de la salud oral no están preparados lo suficientemente, como para llevarlas a cabo [158]. De hecho, en un estudio realizado en 2002 en 1500 dentistas británicos se identificaron como barreras, entre otras, la falta de formación, la falta de materiales educativos y la falta de conocimiento de recursos de referencia [159]. La formación de los futuros profesionales no solo debe abordar los aspectos clínicos de la enfermedad sino también proporcionarle competencias para realizar intervenciones preventivas eficaces.
- 2) Otra barrera es la que hace referencia a la sensación de ocupar demasiado tiempo en dar el consejo. Sin embargo esta barrera percibida no es real, ya que la intervención solo necesita unos pocos segundos por paciente para los no fumadores o los exfumadores, un minuto para los fumadores poco animados al abandono y tres minutos para ayudar los que pretenden dejarlo [160].
- 3) Otra barrera es la creencia de que la realización de actividades de prevención y control del tabaquismo en el consultorio dental tendrá un impacto económico negativo en aquellos sistemas sanitarios liberales [161] porque no sería el objeto de la visita.
- 4) Por último también se ha señalado como barrera la falta de hábito en la realización del consejo antitabáquico debido la creencia por parte de estos profesionales de la ineffectividad de estas actividades [161].

Una posible solución que permitiría salvar estas barreras es la incorporación en los planes de estudio de las facultades de odontología de formación sobre el papel del odontólogo en este aspecto de la profesión y trabajar con los protocolos que han de utilizarse en la clínica. Esta es una premisa imprescindible. Así se desprende del análisis del Primer Taller europeo en prevención y cesación

tabáquica para profesionales de la salud oral celebrado en el año 2005 en la ciudad Suiza de Castle of Munchenwiler, en donde se insta a las organizaciones dentales internacionales y las asociaciones profesionales nacionales a que promuevan urgentemente la inclusión de los contenidos relacionados con la cesación tabáquica en el curriculum de pregrado de odontólogos e higienistas. Los contenidos curriculares interdisciplinarios deberían tratar [162]: los efectos biológicos y fisiológicos del tabaco, la cultura del tabaco y sus aspectos psicosociales, la prevención y el tratamiento del hábito tabáquico y su dependencia, y el aprendizaje de las habilidades clínicas para desarrollar los métodos de cesación tabáquica. También en este primer taller se puso de manifiesto que las facultades de odontología y los centros de formación de higienistas deberían incorporar políticas "sin humo" motivando a su personal y a sus estudiantes fumadores, a incorporarse a programas de cesación con el objetivo de desnormalizar la cultura tabáquica [162]. Igualmente, por lo que se refiere a la formación continuada en cesación tabáquica, en este mismo taller se hizo hincapié en que el objetivo de tal capacitación es ofrecer cursos de formación continuada a los odontólogos en activo que no recibieron formación sobre la cesación tabáquica en el pregrado, a fin de ayudarles de forma efectiva y rutinaria en el tratamiento pautado de sus pacientes [162]. Se demandó también un desarrollo de las estrategias específicas para motivar y ayudar a los profesionales de la salud oral, en el aprendizaje y en la aplicación de los métodos de cesación tabáquica en la consulta dental, que consigan que [162, 163]:

- 1.- las intervenciones relacionadas con el tabaco sean percibidas como una responsabilidad ética y profesional;
- 2.- la formación continuada en cesación tabáquica sea importante para los intereses de la consulta dental;
- 3.- la formación continuada en cesación tabáquica esté incluida junto a otros temas asociados que atraigan a profesionales de la salud de otras disciplinas.

Finalmente, en este taller se ofreció una visión de cómo se podrían programar los cursos de formación continuada teniendo en cuenta que deberían introducir las intervenciones de deshabituación de corta duración y trabajar con unidades de refuerzo individualizadas y adaptadas a las necesidades propias de los profesionales de la salud oral [163]. Además propone tres fases evaluativas: la evaluación previa de conocimientos y habilidades, la evaluación de todo el curso de formación continuada por parte de los participantes y la evaluación del proceso de aplicación en la práctica.

En un estudio del año 1990 sobre la formación en tabaquismo se desprende que las facultades de Odontología de Estados Unidos tienen en su plan de 1 a 3 horas dedicadas a la prevención y deshabituación tabáquica, pero que estos temas no encuentran lugar entre los diferentes departamentos [164].

Las autoridades educativas españolas han incorporado las recomendaciones mencionadas anteriormente en el diseño de los nuevos títulos de graduado en odontología. Así la Orden ministerial por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de dentista señala dentro de las competencias que debe adquirir el futuro odontólogo "*Conocer los efectos del tabaco en la salud oral y participar en las medidas que ayuden al paciente que desea cesar el hábito tabáquico*" [165].

En el modelo de atención que pueden proporcionar los odontólogos se pueden identificar 3 tipos de intervenciones diferentes en función de su intensidad:

Intervención básica: intervenciones breves de 30 segundos a un minuto para identificar los fumadores, solicitar permiso para volver a abordar el consumo de tabaco en una visita posterior, y si prefiere, consulta para asesoramiento. La intervención básica o breve puede ser adecuada durante una emergencia dental o durante una visita a una clínica de revisión rutinaria que puede tener o no continuidad en visitas sucesivas. Una intervención básica también podría realizarse en cada contacto si se ha establecido una buena relación en la consulta previa. En este caso, el dentista, el higienista dental o la enfermera dental tienen que estar dispuestos a ofrecer una intervención más intensiva si el paciente lo demanda [138].

Intervención intermedia: las intervenciones de 5 a 10 minutos consisten en sesiones de entrevista motivacional breve para valorar la disposición de dejar de fumar, conseguir recursos para apoyar el cambio, e incluir medicamentos de cesación. Esta intervención ofrece opciones intermedias con el fin de personalizar el cuidado y eliminar el concepto breve o intensiva como los dos únicos modelos que se pueden trabajar en la consulta odontológica [138].

Intervención avanzada: consiste en una multiplicidad de intervenciones intensivas de 20 minutos o más para pacientes fumadores complejos con el objetivo de desarrollar un plan detallado para dejar de fumar y el uso adecuado de farmacoterapia, la exploración de los fracasos del pasado y adoptar las recomendaciones que sean necesarias. Esta intervención se podría ofrecer en la consulta dental en una cita específica designada para la prevención y abandono del consumo de tabaco, pero en ocasiones es necesario que la realice un especialista en el tratamiento del tabaco. Los pacientes que pueden necesitar una intervención intensiva son los muy adictos a la nicotina, que han experimentado numerosos intentos de abandono o que sufren alguna enfermedad mental. Este nivel de intervención plantea varias barreras para que los odontólogos la ejerzan, como son [138]:

- Especialización en prevención y cesación del consumo de tabaco. Los profesionales de la odontología por lo general tienen una baja capacitación para ofrecer este grado de intervención.
- Una mayor conciencia de la necesidad de la prestación de este servicio en el cuidado dental.
- El consumo de tiempo, que presenta un coste de oportunidad para la realización de otros procesos dentales mejor remunerados.

En la práctica profesional para desarrollar el papel de educador sanitario habría que tener en cuenta diferentes aspectos: a) todo el equipo dental debe conocer la filosofía antitabáquica, para interiorizarla y poder transmitirla; b) ninguno de los miembros del equipo debe fumar; c) el espacio físico de la clínica tiene que ser libre del tabaco; d) colocar pósters o carteles que identifiquen la labor frente al tabaquismo que se realiza en la clínica, esta información debe estar en los gabinetes, en las salas de espera, en las recepciones, e incluso facilitar literatura (folletos, manuales de autoyuda, ...) frente a los efectos del tabaco. Una vez dados estos primeros pasos, el asesoramiento a los pacientes se puede realizar [156], siguiendo las pautas, definidas por las 5 As: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange. Por lo menos deberían efectuarse los dos primeros pasos y remitir el paciente a su médico de familia.

En el caso de los profesionales de la odontología, el primer paso (Ask) consiste en preguntar sobre las lesiones orales, el olor, los dientes o dedos teñidos, puesto que son signos que nos llevan a sospechar de la existencia del hábito. Tal y como se comentó anteriormente, el simple hecho de reflejar la condición del paciente con respecto al tabaco en la historia clínica aumenta entre un 49 y un 70% el número de pacientes que reciben consejo [146]. En el consejo (Advise) el odontólogo debe asumir el papel de profesional sanitario que vela por la salud de sus pacientes. Es importante no ser excesivamente insistentes o agresivos, porque se puede activar una respuesta de bloqueo por parte del paciente [156]. Se debe informar sobre los efectos del consumo de tabaco en la salud de la cavidad oral y personalizar la información en los beneficios que podría obtener el paciente [147]. En la valoración (Assess), tras la puesta en conocimiento de la necesidad de abandono de su hábito tabáquico, el paciente, en un acto de libertad personal, puede optar por continuar fumando, porque no le da la importancia que merece a los argumentos que debería proporcionarle el odontólogo. También puede continuar fumando debido a la sensación de resignación tras intentarlo en ocasiones anteriores y no conseguirlo, así como por cualquier otra razón. En ese caso, no insistiremos más, y finalizará aquí la

labor antitabáquica del profesional dental. Si el paciente está dispuesto a intentarlo, se le debe ayudar (Assist). Existen dos posibilidades: dirigirlo a un centro especializado [166] o tratarlo en la clínica odontológica. Todos los fumadores deben recibir material escrito de autoayuda, y valorar si el paciente precisa o no terapia farmacológica.

El seguimiento (Arrange) tiene que constar, como mínimo, de dos visitas. La primera en una o en dos semanas y la siguiente en uno o dos meses.

Un estudio realizado en odontólogos americanos demuestra que estos sencillos pasos prácticos no se realizan y que las 5 As no están implantadas [167]. La ADA (Asociación Dental Americana) encuentra que el 40% de los odontólogos americanos preguntaban en 1994 rutinariamente sobre el hábito [168], si bien aparecen diferencias en función de la especialidad del odontólogo. Los periodoncistas se interesaban más junto con los que practicaban odontología general, en principio debido a la estrecha relación del tabaco con la enfermedad periodontal [169]. Los odontopediatras eran los que estaban menos interesados en el tema [170]. Otros estudios de finales de los años 90 mostraron cifras inferiores sobre lo que preguntan los profesionales por el consumo de los pacientes y fijan el porcentaje en el 33% de los odontólogos y el 25% de los higienistas [170].

Con respecto al empleo del tabaco sin humo, los higienistas dentales y los odontólogos son los profesionales sanitarios más apropiados para identificar lesiones orales debidas al empleo de este tipo de tabaco y aconsejar a los pacientes su abandono. Severson en el año 1990 realizó un estudio en el que se identificaban las actitudes y creencias de los odontólogos frente a los pacientes que consumían este tipo de tabaco [154]. De este estudio se desprende que la mitad de los profesionales aconsejaban a los pacientes el abandono pero que eran reacios a aconsejar por miedo a ofender al paciente. Los estudios sobre el abandono del tabaco sin humo son escasos. Little [155] valoró en el año 1992 la efectividad de una intervención llevada por higienistas dentales y odontólogos sobre gente que consumía tabaco rapé o de masticar, y encontró resultados muy prometedores tales como que en el grupo intervención consiguieron dejarlo al cabo de 7 días el 32%, frente al 21% del grupo de control. Los puntos destacables llevados a cabo con el grupo intervención fueron la valoración del estado de los tejidos blandos, y que se le mostraron al paciente las lesiones queratósicas y otros cambios observados, aprovechando el momento para explicar que el abandono de tabaco reduciría el riesgo de enfermar. Además se proyectaba un video sobre el empleo del tabaco sin humo y su abandono, se ponía una fecha para comenzar el proceso, dentro de las dos semanas siguientes, y al pasar una semana se llevaba a cabo un contacto telefónico para valorar la situación, felicitar a aquellos que estaban en el proceso de abandono y animar a aquellos que no lo consiguieron para que lo volvieran intentar de

Introducción

nuevo. Además de la intervención realizada en la clínica se efectuaba la entrega de un manual de autoayuda, un paquete de abandono con chicles sin azúcar y palitos de canela, la facilitación de una línea de teléfono y el envío bimensual de un recordatorio por correo.

2.- PLANTEAMIENTO DEL TRABAJO Y OBJETIVOS

Planteamiento del trabajo y objetivos

2.1.- Planteamiento del trabajo

La necesidad del trabajo de investigación realizado parte del desconocimiento previo de la prevalencia del hábito tabáquico en los profesionales odontólogos palestinos, así como de su actitud, conocimientos, creencias y actuación en el campo profesional frente a este importante problema de salud pública.

Los resultados de este trabajo ayudarán a definir y orientar de manera efectiva las actividades que podría realizar el colectivo odontológico que presta sus servicios en la Franja de Gaza.

2.2.- Objetivos

El objetivo general de este trabajo es la identificación de los factores que influyen en la actuación o intervención sobre el tabaquismo por parte del colectivo de los odontólogos que ejercen en la Franja de Gaza.

Los objetivos específicos de este estudio serían:

- 1.- Conocer la prevalencia, intensidad y distribución del consumo de tabaco en el colectivo odontológico en función de variables socio-demográficas como sexo, edad o estado civil.
- 2.- Valorar los conocimientos de los odontólogos palestinos sobre los efectos del tabaco en la salud en general y en la cavidad oral en particular.
- 3.- Analizar sus conductas y actitudes frente al tabaquismo.

3.- MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO

Para cumplir con los objetivos del estudio se diseñó un estudio transversal analítico.

Población a estudio

La población a estudio la constituyen los odontólogos de la Franja de Gaza que eran funcionarios de alguna institución oficial entre 2008 y 2009 y que estaban registrados oficialmente en el Ministerio de Sanidad Palestino.

En enero de 2009 en la base de datos del Ministerio de Sanidad Palestino figuraban 206 odontólogos, 160 varones y 46 mujeres. De estos 132 (64,1%) trabajaban en el Ministerio de Sanidad Palestino, 24 (11,7%) prestaban sus servicios en la Agencia de la Organización de las Naciones Unidas para la ayuda a los refugiados de Palestina, UNRWA (United Nation Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East) y 50 (24,3%) ejercían en los hospitales militares.

Ámbito geográfico en el que se realiza

La zona en donde se va a realizar el estudio es la Franja de Gaza. El estudio se realizó en las siguientes localidades:

- Sur de Gaza: Rafah, Khan Yunis, Abbsan ElQabireh, Der AlBalah, Magazi, Nusairat y Bureig.
- Gaza y provincia.
- Norte de Gaza: Gabaliah, Beit Lahiah y Beit Hanun.

Período temporal del estudio

El trabajo de campo se realizó entre el 18 de noviembre de 2008 y 28 de febrero de 2009. El trabajo fue interrumpido entre el 27 de diciembre de 2008 y el 17 de enero de 2009 debido a una incursión militar israelí en territorio palestino.

Método de recogida de datos

Para la recogida de datos se llevó a cabo una entrevista cara a cara aplicando un cuestionario estructurado. La administración del cuestionario se realizó de forma individual durante la jornada laboral del odontólogo. La entrevista fue realizada por diez encuestadores voluntarios previamente entrenados.

El tiempo medio previsto para la aplicación del cuestionario era de 30 minutos.

Antes de aplicar el cuestionario, los encuestadores informaron a los odontólogos sobre el anonimato de las respuestas, animándoles en todo momento a responder con absoluta sinceridad.

Diseño del instrumento de recogida de información

El instrumento utilizado para la recogida de información fue un cuestionario titulado: "*Encuesta sobre Creencias y Actitudes de los Odontólogos Palestinos de la Franja de Gaza sobre el Tabaco – 2008*".

En la elaboración del cuestionario se siguieron los pasos descritos a continuación:

El cuestionario fue elaborado por el Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Santiago de Compostela (España). En el diseño del cuestionario se tomó como base el borrador del cuestionario sobre Tabaco y Salud Oral elaborado por el grupo de Trabajo Europeo sobre Tabaco y Salud Oral [171] y la encuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre actitudes y comportamientos sobre el tabaquismo en los profesionales [172].

Para la realización del cuestionario utilizado en este estudio se adaptó, tanto cultural como lingüísticamente, el cuestionario a la población de odontólogos en Palestina.

El cuestionario completo en árabe se recoge en el Anexo II y en castellano en el Anexo III.

Consideraciones sobre las preguntas del cuestionario

- En Palestina la odontología solo la ejercen odontólogos, por lo que no se incluye la figura del estomatólogo en este cuestionario.
- En Palestina todos los odontólogos que trabajan en atención privada lo hacen por cuenta propia, por eso no se pregunta por esta cuestión.
- En la definición de las áreas que ocupan la mayor parte de la dedicación clínica del odontólogo se consultó al consejo del Colegio de Odontólogos de Palestina. Además, debido a que los odontólogos palestinos han estudiado la carrera en inglés, las especialidades se tradujeron a este idioma tal y como se nombran a continuación: general odontology, endodontics, prosthodontics, oral and maxillofacial surgery, paediatric dentistry, periodontics, orthodontics and dentofacial orthopaedics, oral pathology, public health dentistry, implantology y la categoría abierta de respuesta "Others".
- Del mismo modo las patologías por las que se preguntaba acerca de su posible relación con el consumo de tabaco fueron definidas en inglés tal y como se describe a continuación: periodontal

disease, poor sealing of rounds, dental caries, failures in implant, oral candidiasis, leukoplusia, oral cancer, coronary disease, lung cancer, carcinoma of the larynx y peripheral arterial disease.

- En Palestina es infrecuente el consumo de puros, picaduras y puritos, y sí muy habitual la pipa de agua, por lo tanto se establecieron 2 categorías de respuesta para las labores del tabaco: cigarrillos y pipa de agua.

Instrumento de recogida de información

El cuestionario definitivo incluyó 41 preguntas y una vez adaptado por parte de los autores del cuestionario original y del investigador del presente trabajo se tradujo a la lengua árabe.

Las 41 preguntas incluidas en el cuestionario se agrupan en 8 bloques en función de la información recogida: (1) información sociodemográfica; (2) formación académica general y en temas de tabaquismo; (3) situación profesional; (4) conocimientos sobre los efectos del tabaco en la salud; (5) papel del dentista en materia de tabaquismo; (6) actitudes y creencias frente al tabaco; (7) actuación antitabáquica y (8) caracterización del hábito del encuestado. El cuestionario acaba con un apartado para sugerencias o comentarios. Al final de la encuesta se agradeció a los odontólogos su colaboración y además se les preguntó por su impresión del cuestionario en relación a la inclusión de preguntas inapropiadas o ausencia de preguntas que ellos considerarán importantes.

En la elaboración del cuestionario se trató en todo momento de crear la mínima cantidad de preguntas abiertas.

Programación del trabajo de de investigación

Realización del instrumento de recogida de información. El cuestionario se diseñó en Santiago de Compostela durante el tercer trimestre de 2008.

Validación del cuestionario. Se realizó en la segunda quincena de septiembre de 2008 en Gaza. El pilotaje del cuestionario se realizó en una muestra de conveniencia de médicos, por ser este también un colectivo sanitario.

Publicidad del estudio de investigación en el colectivo que se pretendía estudiar. La primera semana de octubre de 2008, antes de empezar el trabajo de campo, se estableció un contacto previo con el Colegio de Odontólogos de la Franja de Gaza para informarles de la realización del

estudio, de sus objetivos y de la importancia de la colaboración de los odontólogos colegiados. El Colegio de Odontólogos se puso en contacto con sus colegiados para pedir su colaboración en el estudio 15 días después.

Realización del trabajo de campo. El trabajo de campo se extendió durante 3 meses, comprendidos entre noviembre de 2008 y febrero del 2009.

Análisis de los resultados. La base de datos del estudio se generó y depuró en Marzo de 2009, momento en el que empezó el análisis de la información.

3.2.- DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Definición de las variables

Variables demográficas

Estas variables se definieron a partir de diferentes preguntas del cuestionario y dan información sobre características demográficas (sexo y edad), estado civil y la situación profesional (tipo de trabajo y dedicación semanal) del encuestado (Tabla 5).

Variable	Tipo de variable	Categorías de respuesta
Sexo	Catagórica binaria	Hombre-Mujer
Edad	Cuantitativa discreta	No procede
Estado civil	Catagórica	Soltero-Casado-Viudo-Divorciado
Tipo de trabajo	Catagórica binaria	Público-Privado
Dedicación semanal	Cuantitativa discreta	No procede

Tabla 5.- Variables sociodemográficas. Tipo y categorías de respuesta

Variables relacionadas con la actividad profesional

A partir de las preguntas del cuestionario se definieron 3 variables que permitían caracterizar el trabajo desarrollado por el odontólogo.

1.- Lugar donde desarrolla su trabajo: Variable catagórica que tiene como objetivo describir el lugar donde el odontólogo desarrolla su actividad profesional. Tal y como se indicó anteriormente podía ser en el Ministerio de Sanidad y sus hospitales, en la UNRWA y en Hospitales Militares. También se preguntó si tenían consulta privada.

2.-Horas semanales de trabajo: Variable cuantitativa discreta. Permite conocer las horas de trabajo semanales de los dentistas. Para el análisis se transformó en catagórica. Las categorías de respuesta establecidas fueron dedicación menor o igual a 20 horas a la semana, de 21 a 30 horas, más de 30 horas y no contesta. Para el cálculo de esta variable solo se tiene en cuenta el tiempo que trabajan en el sistema público.

3.-Áreas de dedicación: Variable catagórica de respuesta múltiple. Para el análisis de esta variable se establecieron 6 categorías de respuesta. Así, para aquellas especialidades en las que el número de odontólogos que decían desarrollarla como especialidad principal presentaban una frecuencia de respuesta menor de 10 se colapsaron en una categoría definida como otros.

Variables relacionadas con la categorización del hábito tabáquico

Permiten clasificar a los odontólogos como fumadores, exfumadores o nunca fumadores. Para construir esta variable se empleó la información aportada por 3 preguntas del cuestionario que hacen

Definición de las variables

referencia a haber probado el tabaco, el consumo en el pasado y al consumo actual. Las categorías de la variable consumo de tabaco a priori se establecieron en 4: nunca fumador, exfumador, fumador actual ocasional y fumador actual habitual. Para llevar a cabo el análisis, las categorías fumador diario y ocasional se colapsaron debido al bajo número de efectivos en la última. Estas variables se definen a continuación:

Se define fumador a aquel individuo que habiendo fumado al menos 1 cigarrillo al día durante 6 meses seguidos o más, en la actualidad se clasifica a si mismo fumador diario u ocasional.

Se define exfumador a aquel individuo que habiendo fumado al menos 1 cigarrillo al día durante 6 meses seguidos o más dice que en la actualidad no fuma.

Se define nunca fumador a aquel individuo que dice que no ha fumado 1 cigarrillo al día durante 6 meses seguidos o más y en la actualidad no fuma.

Para caracterizar el consumo de tabaco de los odontólogos se introduce una batería de preguntas específica para fumadores y se pregunta por:

- Labores consumidas: Se pregunta por el consumo de cigarrillos o de pipas de agua.
- Intensidad de consumo: Definido como cigarrillos fumados al día o pipas de agua a la semana.
- Dependencia: Para la valoración de la dependencia nicotínica se aplicó el test de Fagerström de dependencia nicotínica (FTND) [173]. El test está formado por 6 preguntas cuya puntuación sitúa al fumador entre 0 puntos (no dependencia) y 10 puntos (máxima dependencia). Dos preguntas presentan un rango de puntuación entre 0 y 6 y por lo tanto constituyen los ítems más importantes para reflejar la dependencia (Tabla 6). Los puntos de corte para caracterizar la dependencia serán:
 - 0: No dependencia
 - 1-6: Dependencia moderada
 - Mayor de 6: Alta dependencia

Definición de las variables

	Puntos
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
10 o menos	0
De 11 a 20	1
21 a 30	2
31 o más	3
¿Cuánto tiempo tarda en fumar el primer cigarrillo desde que se despierta?	
Menos de 5 minutos	3
6-30 minutos	2
31-60 minutos	1
Más de 60 minutos	0
¿Le cuesta estar sin fumar en lugares donde está prohibido hacerlo?	
Si	1
No	0
¿Qué cigarrillo encuentra mejor?	
El primero	1
Otro cualquiera	0
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	
Si	1
No	0
¿Fuma también cuando padece una enfermedad que le obliga a estar encamado?	
Si	1
No	0

Tabla 6.- Test de Fagerström de dependencia nicotínica (FTND), preguntas y puntuación

- Aproximación al rol modélico: Se pregunta al odontólogo fumador por el consumo de tabaco delante de su familia y en la clínica delante de sus pacientes.
- Intencionalidad del cese del consumo de tabaco: Para valorar la intencionalidad de cese de consumo de tabaco se aplicó el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente [174, 175]

Definición de las variables

complementado con otras preguntas definidas como válidas en la predicción del cese en otros estudios.

- Se clasificaron como:
 - o Precontempladores a aquellos odontólogos que no tienen intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses.
 - o Contempladores a aquellos que si bien no tienen pensado dejarlo en el próximo mes pero valoran dejarlo a lo largo de los próximos 6 meses.
 - o Se define cómo individuos en fase de preparación a aquellos que tienen pensado dejar de fumar en los próximos 30 días.

- Razones por las que podría dejar de fumar. Se les pregunta por la importancia que tendrían para ellos la protección de la salud, la aparición de síntomas relacionados con el consumo de tabaco, la importancia de no molestar, los motivos económicos, la autodisciplina o el rol modélico en el cese de su consumo. Se valoran estableciendo 4 categorías de respuesta graduadas de menos importante a más importante.

Para caracterizar determinados aspectos relacionados con el consumo de tabaco de los odontólogos exfumadores se introduce una batería de preguntas específicas para ellos:

-Tiempo que llevan sin fumar definido en función de días, meses o años que el odontólogo lleva sin consumir tabaco.

-Motivos que llevaron al odontólogo exfumador a dejar de fumar. Pregunta de respuesta múltiple que en el análisis se diferenciará entre motivo suficiente, un solo motivo para dejar de fumar, y motivos necesarios o copartícipes definido como la concurrencia de varios motivos.

Variables relacionadas con los conocimientos, las creencias y actitudes que el odontólogo tiene sobre el efecto del tabaco en la salud.

A partir de las preguntas número 9, 10 y 13 del cuestionario se crearon cuatro variables: conocimiento de los efectos del tabaco, creencias del odontólogo sobre el tabaquismo, actitudes frente a él y creencias de los odontólogos sobre aspectos legislativos y/o de actividades de deshabitación.

La primera variable creada fue aquella que valora el conocimiento que el odontólogo tiene sobre los riesgos asociados al consumo activo de tabaco y a la exposición al humo producido en su

Definición de las variables

combustión (tabaquismo pasivo). Se les pregunta por la relación entre consumo de tabaco y diferentes patologías bucodentales y su relación con otras patologías. Para el análisis se creó una variable respuesta dicotómica y las categorías establecidas fueron: “con conocimientos suficientes” y “sin conocimientos suficientes”. Para su cálculo se puntuaron las respuestas correctas que evidenciaban la relación grande o moderada del tabaco con 11 patologías. La evidencia científica sobre la relación entre consumo de tabaco y las patologías a estudio procede del Surgeon General Report de 2004 [7]. Se clasificaron como odontólogos “con conocimientos suficientes” a aquellos sujetos cuya puntuación total igualaba o superaba el valor del tercer cuartil, que en este caso fueron aquellos que consiguieron once puntos en el baremo.

Como instrumento para la recogida de datos relacionados con las actitudes y creencias sobre temas relacionados con el tabaco, sobre acciones legislativas y por último sobre las barreras asociadas a la incorporación de actividades para promover el cese del consumo de tabaco se utilizaron escalas de tipo lickert. Estas escalas se componen de diferentes ítems ante los cuales el encuestado expresa su grado de acuerdo en una escala ordinal compuesta por 5 categorías: completamente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, bastante en desacuerdo y completamente en desacuerdo. Las puntuaciones máximas varían en función del tema tratado pero oscilan entre un máximo que indica una actitud positiva y un mínimo que indica una actitud o unas creencias negativas.

Estas variables ordinales se analizaron a través del cálculo del Índice de Posición y el Índice de adherencia, que se presentan acompañados de su respectivo intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Como primer paso se calculó para cada uno de los ítems que integran cada una de las escalas el Índice de Posición (IP) [176], que cuantifica la posición global de una muestra en una escala ordinal. El IP oscila entre 0 y 1, independientemente del número de categorías de la escala, siendo el 1 el valor que se corresponde con la actitud más favorable. Para cada uno de los ítems el IP se obtiene a través de la expresión:

$$IP = \frac{1}{r - 1} (\sum jP_j - 1)$$

Donde r es el número de categorías de la escala y P_j la proporción de sujetos que eligen como opción de respuesta la categoría j. Para el cálculo de los intervalos de confianza se utilizó el desarrollo propuesto por Sánchez[177].

Definición de las variables

Las diferentes escalas mencionadas anteriormente, relacionadas con actitudes y creencias sobre temas relacionados con el tabaco, acciones legislativas y sobre las barreras asociadas a la incorporación de actividades para promover el cese del consumo de tabaco están formadas por k afirmaciones y el dentista encuestado debía optar por r alternativas que se ofrecían para cada una de ellas. El valor del Índice de Adherencia (IA) indica el grado en el que el sujeto interrogado se aproxima a la absoluta adherencia o grado máximo de apoyo a lo que se investiga (IA=1) o a la discrepancia total con el test que se aplica (IA=0). Sus valores oscilan entre 0 y 1.

El IA se calcula como

$$IA = \frac{Z}{rk}; \text{ donde:}$$

$$Z = \sum_{i=1}^k S_i;$$

y $S_i = x_i - 1$ si la afirmación está formulada de manera positiva y $S_i = r - x_i$ si la afirmación está planteada de forma negativa; en donde x_i hace referencia a la opción elegida ante la afirmación i -ésima[178].

El IA para cada una de las escalas se trató de forma continua, pero se categorizó para incluirlo en los modelos de regresión. Las categorías se establecieron para cada uno de los IA en 0,75 definiendo así dos categorías: adherencia positiva a la escala (IA \geq 0,75) o no adherencia (IA<0,75).

Para la creación de la escala que hace referencia a las creencias que el odontólogo tiene en relación con el tabaco se tuvo en cuenta la información aportada por las siguientes aseveraciones:

El tabaco es dañino para la salud

Fumar pasivamente siempre es perjudicial

Es molesto estar cerca de una persona que está fumando

La mayoría de los fumadores pueden dejar de fumar si ellos quieren

Los pacientes aceptarían asesoramiento acerca de dejar de fumar

La mayoría de la gente no abandonaría el consumo de tabaco aunque su dentista se lo aconsejase

Los dentistas aconsejarían a más gente si supiesen que su consejo es realmente eficaz

Definición de las variables

Para construir la escala que hace referencia a las actitudes que el odontólogo tiene en relación con el tabaco se tuvieron en cuenta las opiniones que los dentistas tenían sobre diferentes aseveraciones:

Es deber del dentista convencer a la gente para que deje de fumar

No es deber pero si una actividad importante ofrecer a los pacientes información/asesoramiento sobre el abandono del tabaco.

El personal sanitario debería dar buen ejemplo absteniéndose de fumar

Siempre se debe aconsejar al paciente dejar de fumar

Para la creación de la última escala, que es la que está relacionada con el papel del dentista en el control del tabaquismo y con las razones que podrían limitar la educación sobre tabaquismo que podría realizar, tanto obstáculos reales como potenciales se creó un variable que hace referencia a las medidas legislativas adoptadas. En este caso se incluyen la información aportada por el grado de acuerdo con las siguientes aseveraciones:

Imprimir avisos de salud sobre paquetes de cigarrillos

Prohibición total de publicidad de tabaco

Restringir el fumar en locales cerrados

Aumentar considerablemente el precio del tabaco

Prohibición de fumar en clínicas y centros sanitarios

Incluir en la formación del odontólogo el consejo y deshabituación antitabáquica

Variables relacionadas con las actitudes del profesional sobre el consumo de tabaco en su práctica diaria

Estas variables están representadas por la permisividad de consumo de tabaco en la consulta, el consejo antitabáquico que presta a sus pacientes y su disponibilidad para participar en campañas informativas. Se incluyen también preguntas sobre formación específica en intervención para promover el abandono del consumo de tabaco. Además se pregunta sobre su disponibilidad para asistir a cursos de formación y por los materiales que creen mejores para llevar a cabo la formación. En este punto se definen dos grupos, el de los odontólogos que han recibido formación específica en técnicas de deshabituación y el de que no la han recibido. Dentro del ultimo grupo se diferencian a los que tienen interés por recibir estos cursos y los que no.

Intervención mínima antitabáquica (IMAT)

Se trata de una variable dicotómica, existencia o no de "Intervención Mínima Antitabáquica" (IMAT), resultado de la conjunción de otras variables. Las variables que se emplearon en su cálculo fueron:

- La incorporación de preguntas sobre el consumo de tabaco del paciente en la anamnesis.
- El registro de la incorporación del hábito tabáquico en la historia clínica.
- La frecuencia de dispensación de consejo antitabáquico a los pacientes fumadores.
- La ayuda proporcionada a los pacientes fumadores para el abandono del hábito.

A partir de estas variables se creó la variable IMAT como una variable dicotómica: IMAT si/no. Dentro de la categoría positiva se incluían a aquellos odontólogos que preguntaban a los pacientes si fumaban, lo registraban en la historia y daban consejo para dejar de fumar. En la creación de la variable no se tuvo en cuenta si daban o no soporte farmacológico u ofrecían ayuda utilizando folletos, trípticos, videos o formando grupos debido a que el número de efectivos que lo realizaban era muy bajo.

3.3.- ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Análisis univariante

Se realizó un análisis univariante con el objetivo de describir la muestra. Se analiza la distribución de variables cualitativas como el nivel de estudios o la situación de convivencia estimando proporciones acompañadas de su intervalo de confianza al 95% (IC95%). Variables cuantitativas como el número de horas de trabajo se presentan como medias acompañadas de su IC 95% y se calcularon el máximo, el mínimo y distintos percentiles también acompañados de su IC95%.

Análisis bivalente

Se estiman medidas de prevalencia y de asociación basadas en la comparación de 2 ó más prevalencias. La estimación puntual de prevalencia va acompañada de su intervalo de confianza, construido al 5% de error.

Se utilizarán diagramas de caja (boxplots) para comparar variables numéricas en grupos previamente definidos.

Las estimaciones de prevalencia se estratifican para diferentes subgrupos de la población definidos en función de otras variables. Para contrastar la significación estadística de las diferencias de prevalencias, para un error alfa prefijado, se empleó el test ji-cuadrado o el test exacto de Fisher.

Las medias estimadas en dos grupos se compararán aplicando la prueba t de Student y cuando se comparen en más de dos grupos se utilizará el análisis de la varianza (ANOVA).

Análisis multivariante

Se utilizaron modelos de regresión para identificar las variables que influyen en la dispensación de IMAT y obtener una estimación de la fuerza de asociación ajustada por el efecto de las restantes variables independientes incluidas en el modelo.

Para conocer que factores influyen en la dispensación de IMAT (variable categórica dicotómica) se aplicó un modelo de regresión logística. El modelo se ajustó por potenciales confusores, que fueron seleccionados previamente entre aquellas variables que podrían influir en el indicador de resultado y presentaban una distribución diferente en los dos grupos. Así como primer paso se compararon las características de los que dispensan y no dispensan IMAT

mediante la prueba Ji-cuadrado de Pearson, considerando un nivel de significación de 0,1. Se presentan OR ajustados con intervalos de confianza del 95%.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico Stata versión 10 (Stata Statistical Software: Release 10, College Station, TX, Stata Corporation).

4.- RESULTADOS

Resultados

Descripción de la muestra

Se ha recogido información de 171 odontólogos palestinos con edades comprendidas entre los 23 y los 60 años. Esto supone que se ha entrevistado al 83% de los dentistas que ejercen en la franja de Gaza. El 77,8% de los odontólogos son varones (n=133) con una edad media de 36,2 años (IC 95%: 34,8-37,5). El 50% son mayores de 34 años (IC 95%: 33-36) y el 5% son mayores de 54 años (IC 95%: 51-58). No existen diferencias significativas ($p=0,7450$) entre la edad de los varones, 36,3 años (IC 95%: 34,9-37,8) y las mujeres, 35,8 (IC 95%: 32,4-39,2).

El 13,4% (IC 95%: 8,3-18,6) de los odontólogos no tienen convivencia en pareja, siendo este último hecho más frecuente en las mujeres ($p<0,05$) y en el grupo de 30 años o menos ($p<0,05$) (Tabla 7).

Variable	Categorías	Porcentaje (%)
Sexo	Hombres	77,8
	Mujeres	22,2
Grupo de edad	30 o menos	29,6
	31-40	42,8
	41 y más	27,7
Estado civil	Solteros	12,3
	Casados	86,5
	Viúdos	1,2
Lugar de residencia	Khan Yunis	37,4
	Rafah	35,7
	Gaza	13,5
	Otros	13,5

Tabla 7.- Características principales de la muestra

El 73% de los odontólogos viven en Khan Yunis o en Rafah y el 12,3% (IC 95%: 7,3-17,2) tienen estudios de postgrado, independientemente del sexo ($p=0,455$) y del grupo de edad ($p=0,125$).

El 76% (IC 95%: 69,6-82,5) de los odontólogos desarrollan su actividad profesional en hospitales dependientes de Ministerio de Sanidad, el 24% restante se distribuyen en igual medida entre hospitales militares y la UNRWA. Existen diferencias significativas en cuanto al lugar del trabajo en función del sexo, las mujeres odontólogas ejercen mayoritariamente en los hospitales dependientes del Ministerio de Sanidad, 81,6% (IC 95%: 69,0-94,2), y no trabaja ninguna en hospitales militares.

Resultados

El número medio de horas trabajadas a la semana fue de 33,2 (IC 95%: 31,4-35,0) y el rango oscila entre 5 y 60. El 75% de los odontólogos trabajaban 30 horas o más a la semana, con independencia del sexo ($p=0,3152$).

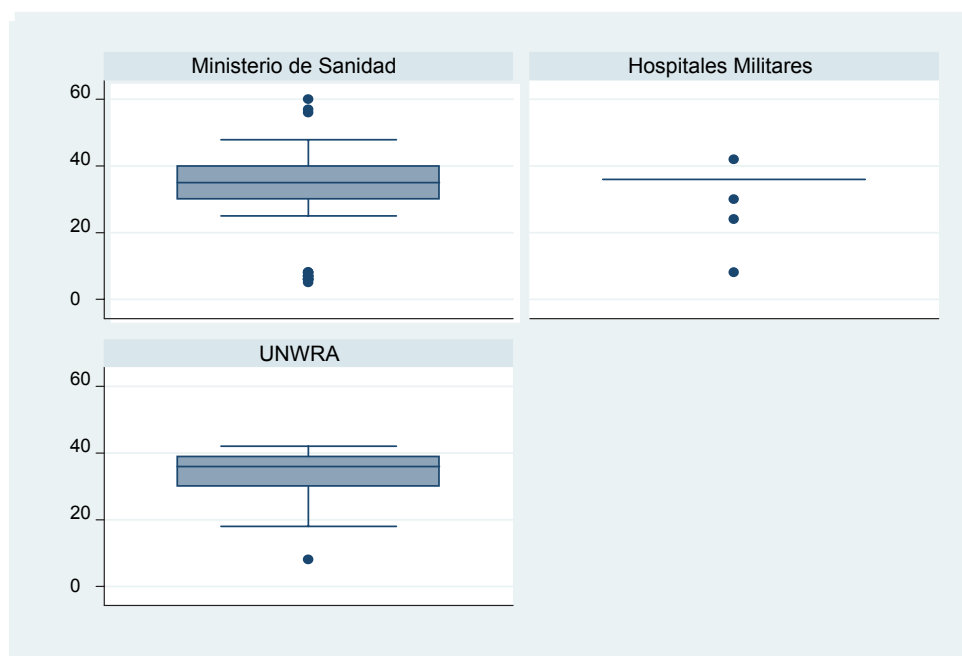


Figura 1.- Tiempo trabajado (horas/semana) en función de donde llevan a cabo su actividad profesional).

El 34,5% (IC 95%: 27,3-41,7) de los odontólogos ejercen como actividad profesional principal la endodoncia y el 28,7% (IC 95%: 21,8-35,5) la odontología general, siendo estas las dos especialidades principales. Teniendo en cuenta el sexo, existen diferencias importante ($p<0,05$) y así entre las mujeres destaca la importante dedicación a la Salud Pública, 26,3% (IC 95%: 12-40,6).

El 43,9% de los odontólogos ejercen una segunda especialidad y de éstos, el 44% (IC 95%: 32,5-55,5) practican la endodoncia.

El 21,2% (IC 95%: 15,0-27,4) recibieron formación específica en tabaquismo y el 78,4% (IC 95%: 71,3-85,4) de los que no la recibieron estarían dispuestos a recibirla, especialmente los no fumadores. Así el 29,7% de los fumadores dicen no estar dispuestos a recibir formación frente a un 4,6% de los no fumadores ($p=0,001$). Los mayores de 40 años de edad son los que menor formación específica tuvieron en temas de tabaquismo. Solo un 9,1% (IC95% 0,4-17,8) declaran haber recibido tal formación frente al 29,8% (16,5-43,1) de los menores de 30 años, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p=0,046$). Cuando se valora la disposición que tendría cada grupo de edad a recibir

Resultados

información sobre materia antitabáquica, teniendo en cuenta si habían recibido o no información específica, nos encontramos con diferencias estadísticamente significativas. Los grupos más jóvenes que no recibieron información previa muestran un mayor interés por recibirla. En las edades más avanzadas el interés por recibir la información tabáquica se centra fundamentalmente en aquellos entrevistados que ya recibieron formación específica previa.

La disposición a participar en campañas destinadas al abandono tabáquico es alta, así estarían dispuestos a participar el 72,9% (66,2-79,7) de los odontólogos. Esta disposición a participar varía según la edad del encuestado, así entre los menores de 30 años estarían dispuestos a participar el 74,5% (61,8-87,2) frente al 65,9% (51,6-80,2) de los mayores de 40. Esta variable es independiente de la formación previa en tabaquismo ($p=0,462$) y del lugar en donde realizan su actividad profesional ($p=0,299$). Pero está relacionada con el hábito tabáquico ($p=0,003$); así el 79,5% (IC 95% 71,0-87,3) de los no fumadores estarían dispuestos a participar frente al 56,3% (41,9-70,5) de los fumadores.

Consumo de tabaco

De cada 10 odontólogos 7 han consumido o consumen tabaco (Tabla 8). Si bien cuando se tiene en cuenta la variable sexo cabe destacar que el 83% de las mujeres se declaran nunca fumadoras.

Prevalencia de consumo (%) e IC 95%						
	Global		Hombres		Mujeres	
Fumador diario	20,6	14,3-27	25,6	17,9-33,3	2,9	0-8,5
Fumador ocasional	9,4	4,8-13,9	12	6,2-17,8		
Exfumador	20	13,7-26,3	21,6	14,3-28,9	14,3	2,4-26,1
Nunca fumador	50	42,2-57,8	40,8	32,1-49,5	82,9	70,1-95,6

Tabla 8.- Prevalencia de consumo de tabaco.

Tanto entre los varones como entre las mujeres la prevalencia de no fumadores es superior a la de fumadores. La razón no fumador/fumador entre los varones es de 1,7, entre las mujeres el consumo de tabaco es anecdótico (Tabla 9). La prevalencia de consumo de tabaco no varía en función del grupo de edad, ni del estado civil, ni del nivel de estudios o del lugar donde viven o donde desarrollan su actividad profesional. Solo se encuentra una prevalencia superior de consumo de tabaco entre los odontólogos que trabajan 30 horas o menos a la semana (Tabla 9).

Resultados

Variables	No fumador		Fumador		P
	n	%	n	%	
Mujeres	34	97,1	1	2,9	<0,0005
Hombres	78	62,4	47	37,6	
≤ 30 años	36	76,6	11	23,4	0,448
31-40 años	40	66,7	20	33,3	
≥41 años	31	75,6	10	24,4	
Solteros/Otros	17	73,9	6	26,1	0,807
Casados	95	69,3	42	30,7	
Sur de Gaza	63	66,3	32	33,7	0,292
Gaza y Norte Gaza	49	75,4	16	24,6	
M. Sanidad	87	71,3	35	28,7	0,761
H. Militares	12	63,2	7	36,8	
UNRWA	13	68,4	6	31,6	
Licenciatura	98	69,0	44	31,0	0,589
Postgrado	14	77,8	4	22,2	
≤ 30 h/semana	25	55,6	20	44,4	0,009
>30 h/semana	72	78,3	20	21,7	

Tabla 9.- Características relacionadas con el consumo de tabaco

Cuando se analiza el consumo de forma más pormenorizada, i.e diferenciando entre los fumadores a los diarios y a los ocasionales y entre los no fumadores a los nunca fumadores y a los exfumadores, se observa que entre los odontólogos que llevan a cabo su actividad profesional en las organizaciones vinculadas a las Naciones Unidas (UNRWA) la prevalencia de nunca fumadores es la más alta y la de fumadores la más baja (Tabla 10). Si bien el limitado tamaño muestral del que se dispone no permite establecer conclusiones al respecto.

Resultados

	Fumador diario	Fumador ocasional	Exfumador	Nunca fumador
M. Sanidad	20,5 (13,2-27,7)	8,2 (3,3-13,1)	21,3 (14,0-28,7)	50 (41-59)
H. Militares	26,3 (5,8-46,8)	10,5 (0-24,8)	21,1 (2,1-40,3)	42,1 (19,1-65,1)
UNRWA	15,8 (0-32,8)	15,8 (0-32,8)	10,5 (0-24,8)	57,9 (34,9-80,9)

Tabla 10.- Prevalencia de hábito tabáquico en función del lugar en donde se desarrolla la actividad profesional.

Los odontólogos fumadores fuman casi exclusivamente una labor del tabaco, ya que no suelen combinar el consumo de cigarrillos y de pipas de agua. El 65,6% (IC 95%: 48,2-83) de los fumadores diarios consumen cigarrillos, el consumo medio es de 14,7 (IC 95%: 10,7-18,6) cigarrillos al día. El 30,6% (IC 95%: 17,2-44,0) fuman pipas de agua bien a diario u ocasionalmente, el consumo medio de pipas a la semana es de 2,1 (IC 95%: 0,8-3,3). El 80% (IC 95%: 60,8-99,2) de los fumadores diarios presentan una dependencia nicotínica moderada.

El 72,3% (IC 95%: 59,1-85,6) de los odontólogos fumadores afirman estar preocupados por los efectos dañinos que el tabaco pudiera producir sobre su salud y el 93,6% (IC 95%: 86,4-100) han pensado en dejar de fumar en alguna ocasión. Pero solo el 40% (IC 95%: 17,3-62,7) de los que están muy preocupados por los efectos que el tabaco pudiesen ejercer sobre su salud piensan en dejarlo y solo un 10% (0-23,9) de los que no lo están o están ligeramente preocupados.

Cuando se valora la intencionalidad en el cese del consumo de tabaco, el 54,5% (IC 95%: 39,4-69,1) de los fumadores están en fase precontemplativa y el 15,9% (IC 95%: 4,8-27,1) se encuentran en fase de preparación y ninguno en fase de acción.

Solo el 41,6% de los fumadores (n=20) dieron información sobre las variables que permiten analizar la dependencia. El 80% (IC95% 60,8-99,2) presentan dependencia moderada y el 15% (IC95% 0-32,1) dependencia alta. La puntuación media del test de Fagerström fue de 3,6 (IC 95% 2,5-4,6) y la mediana se fija en 4 (Figura 2).

Resultados

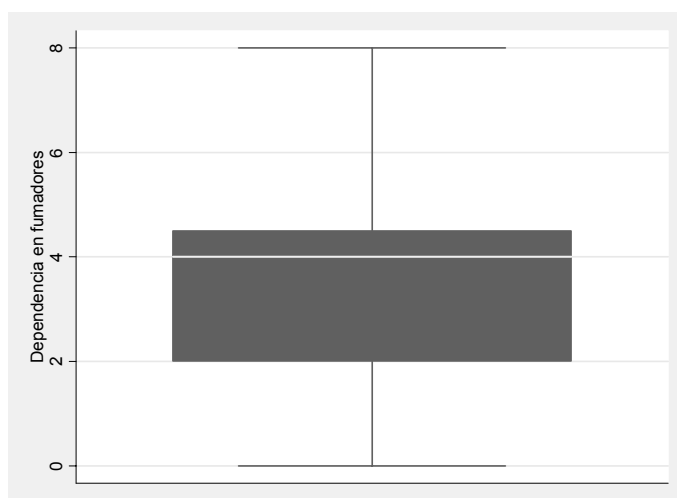


Figura 2.- Dependencia nicotínica en fumadores medida con el test de Fagerström.

Para valorar en parte el rol modélico de los odontólogos se les preguntó por el consumo de tabaco en casa delante de su cónyuge e hijos y en su consulta delante de sus pacientes. El 76,1% (IC 95%: 63,3-88,9) de los odontólogos fumadores fuman en el hogar delante de su cónyuge y/o hijos y el 41,3% (IC 95%: 26,5-56,1) en la consulta delante del paciente. El 88,9% de los que fuman en la consulta delante del paciente también lo hacen en su casa delante de su familia y el 70,3% de los que no fuman en la consulta fuman en su casa.

Menos de la mitad de los exfumadores (20 de 49) dieron información del tiempo que llevaban sin fumar. Los exfumadores llevan por término medio sin fumar 8 años (IC 95%: 3,9-11,5) y el 50% llevan 5 años o más (IC 95%: 3,1-7). La razón principal por la que dejaron de fumar fue por proteger su salud. Cuando se les pregunta a los fumadores las razones por las que dejarían de fumar también apuntan mayoritariamente a la protección de la salud, aunque identifican otra causa que no incluyen los exfumadores: las razones económicas (Tabla 11).

	Exfumadores	Fumadores
Proteger salud	33,3%	51,5%
Sintomatología	6,6%	8,8%
Autodisciplina	23,3%	13,2%
Buen ejemplo	16,7%	11,8%
Otros	20,0%	13,2%

Tabla 11.- Razones que identifican los exfumadores y los fumadores como causas para dejar de fumar.

Resultados

En el 55,7% de las consultas se realiza asesoramiento, realizando esta labor generalmente el dentista. El tiempo medio dedicado al consejo es de 3,1 minutos (IC 95% 2,9-3,3) aunque un porcentaje elevado de odontólogos realizan el consejo menos de 1 minuto o de 1 a 2 minutos (Figura 3). Las mujeres le dedican aproximadamente el mismo tiempo que los hombres [3,4 minutos (IC 95% 3,0-3,9) vs. 3,0 IC95% (2,8-3,2)]. Aparecen diferencias significativas ($p=0,007$) pero no relevantes, en cuanto al tiempo de dispensación de consejo entre los que han recibido formación específica en deshabituación que emplean por término medio 3,6 minutos (IC 95% 3,1-4,1) frente a los que no recibieron este tipo de formación que dedican al consejo 3,0 minutos (IC 95% 2,8-3,2).

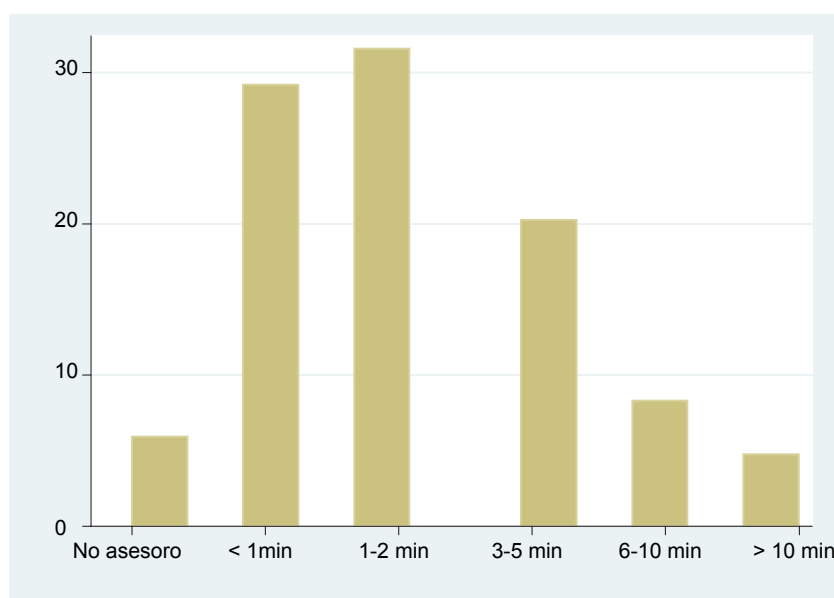


Figura 3.- Tiempo por término medio empleado para realizar consejo antitabáquico (en minutos).

La ayuda que con más frecuencia dan los odontólogos a sus pacientes para dejar de fumar es el propio consejo [83,6% (IC 95%: 77,6-89,5)], siendo poco importante la utilización de otro tipo de medidas (Figura 4).

Resultados

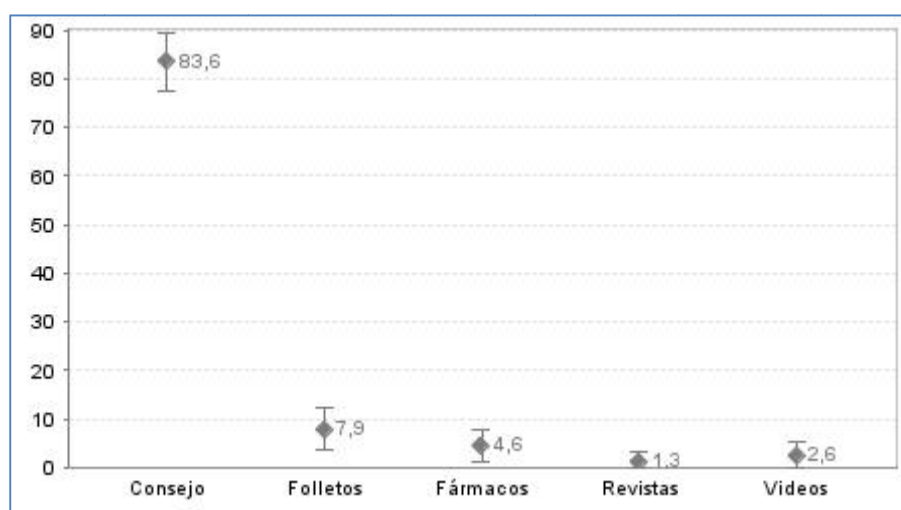


Figura 4.- Ayuda proporcionada por los odontólogos a sus pacientes

En cuanto a su propia formación los odontólogos demandan principalmente el poder disponer de pósters (29,8%) y de artículos (26,8%), como tercera opción identifican la formación continuada (20,8%). Otras vías de formación parecen poco demandadas (Figura 5).

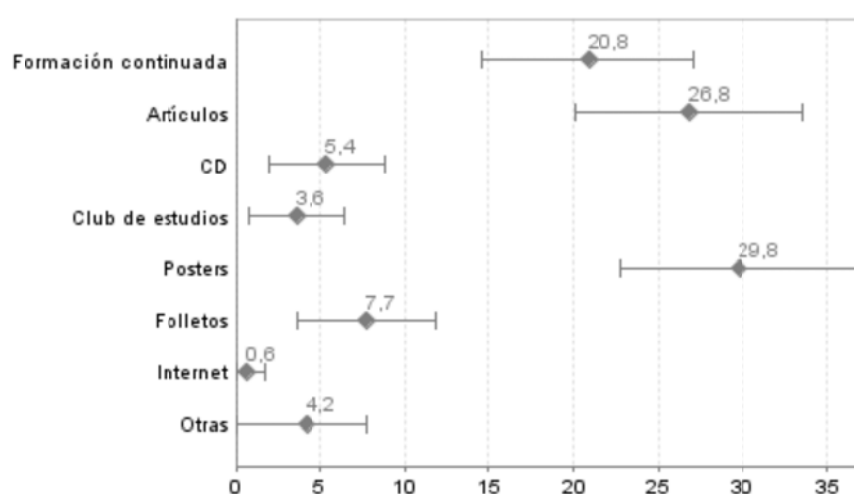


Figura 5.- Tipo de ayuda demandada por los odontólogos para su formación

El hábito tabáquico del odontólogo está asociado con la permisividad frente al consumo en la clínica, así no se permite fumar en mayor medida en las consultas de los odontólogos no fumadores, siendo estos además los que más consejo antitabáquico proporcionan en la clínica, los que más

Resultados

registran el hábito en la historia, más aconsejan y son los que más disposición tienen a participar en campañas antitabáquicas (Tabla 12).

	No fumador		Fumador		P valor
	n	%	n	%	
Permisividad del hábito en la clínica					
Sí	21	22,1	23	52,3	0,001
No	74	77,9	21	47,7	
Incorporación del consejo antitabáquico en la clínica					
Sí	73	66,4	23	47,9	0,034
No	37	33,6	25	52,1	
Preguntar a sus pacientes sobre su hábito					
Sí	100	89,3	38	79,2	0,131
No	12	10,7	10	20,8	
Plasmar el hábito en la historia clínica					
Sí	73	66,3	23	47,9	0,034
No	37	33,7	25	52,1	
En el último mes, aconsejar a los fumadores dejarlo					
Sí	82	76,6	22	45,8	<0,0005
No	25	23,4	26	54,2	
Disposición a participar en campañas antitabáquicas					
Sí	89	79,5	27	56,3	0,004
No	23	20,5	21	43,7	

Tabla 12.- Comportamiento de los odontólogos en la práctica clínica según hábito tabáquico.

Conocimientos del odontólogo sobre los efectos del tabaco en la salud

Cuando se valoran los conocimientos que los odontólogos tienen sobre los efectos del tabaco sobre diferentes patologías sistémicas u orales destaca que el 26,3% (IC 95%: 19,6-32) establecen perfectamente la relación causal entre el tabaquismo y todas las patologías consideradas y el 3,5% no establecen relación causal con 2 o más de las patologías incluidas. El 93% (IC 95%: 89,1-96,8) asocian el consumo de tabaco con la patología periodontal y el 89,5% (IC 95%: 84,8-94,1) con el cáncer de pulmón. Si bien solo el 51,5% (43,9-59) lo asocia con la caries dental y el 66,6% (IC 95%: 59,5-73,8) con fallos en los implantes dentales.

La puntuación media obtenida, en una escala de 0 a 11, fue de 8,6 (IC 95%: 8,2-9) sin existir diferencias significativas por sexo; la puntuación obtenida entre los varones fue de 8,7 (IC 95%: 8,3-9,2) y entre las mujeres de 8,2 (IC 95%: 7,5-8,9) $p=0,27$. La puntuación mediana fue de 9, ligeramente superior en los hombres que en las mujeres (Figura 6).

Resultados

Parece existir un conocimiento mejor entre los que recibieron formación específica en intervención antitabáquica frente a los que no [9,1 puntos (IC95%: 8,3-9,89) vs. 8,5 (IC 95%: 8,1-9,0)], si bien las diferencias no son estadísticamente significativas.

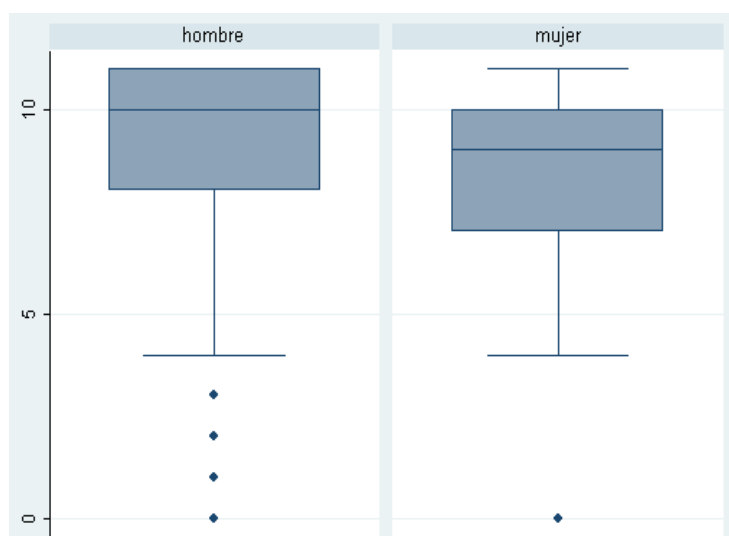


Figura 6.- Conocimientos de los odontólogos en función del sexo

Si se analiza la variable conocimientos en función del hábito tabáquico no se encuentran diferencias significativas entre los conocimientos de los odontólogos fumadores, media 8,2 (IC 95% (7,3-9,2) y no fumadores, media 8,9 (IC 95% 8,4-9,3) (Figura 7). Los resultados obtenidos aportan conclusiones similares al análisis de la muestra en conjunto; así la patología con la que establecen una relación más fuerte es con la enfermedad periodontal (puntuación media en fumadores 9 y en no fumadores 9,6, en una escala de asociación de 0 a 11) y con la que identifican como una relación más débil es con la caries dental (puntuación media en fumadores 4,8 y en no fumadores 5,4, en una escala de asociación de 0 a 11) (Tabla 13).

Resultados

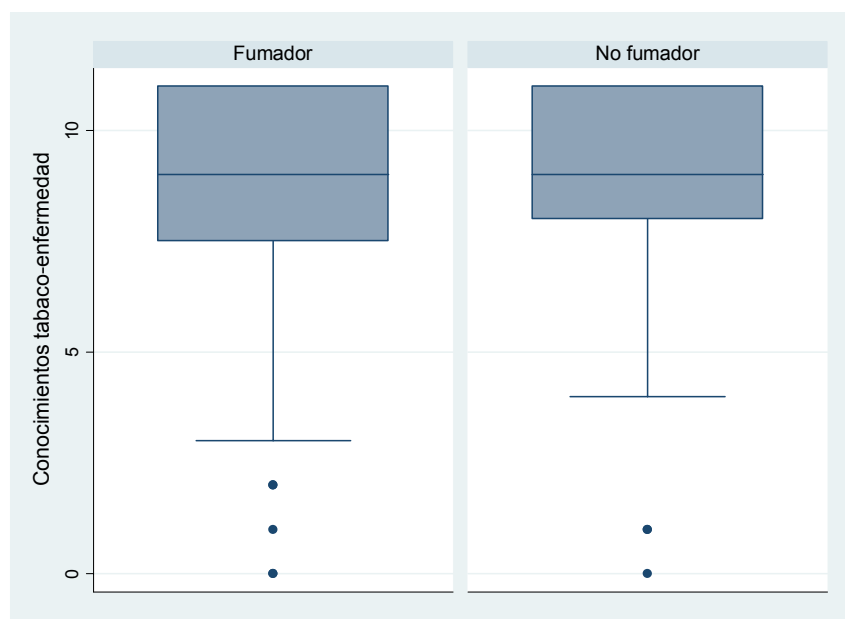


Figura 7.- Grado de acuerdo global, expresado como puntuación mediana (escala de 0 a 11), de la relación causal entre consumo de tabaco y diferentes patologías en función de la variable hábito tabáquico del odontólogo.

	Fumador	No fumador	p
Enfermedad periodontal	9,0 (8,1-9,9)	9,6 (9,2-9,9)	0,16
Mala cicatrización	7,3 (6,0-8,6)	8,5 (7,8-9,2)	0,08
Caries dentales	4,8 (3,3-6,3)	5,4 (4,5-6,4)	0,45
Fallos en los implantes	6,9 (5,5-8,2)	6,7 (5,8-7,6)	0,83
Candidiasis oral	7,3 (6,0-8,6)	7,6 (6,8-8,4)	0,69
Leucoplasia	7,5 (6,3-8,8)	8,8 (8,1-9,4)	0,05
Cáncer oral	8,1 (7,0-9,3)	8,8 (8,2-9,4)	0,23
Enfermedades coronarias	7,5 (6,2-8,8)	8,5 (7,8-9,2)	0,14
Cáncer de pulmón	8,5 (7,5-9,6)	9,1 (8,6-9,6)	0,29
Cáncer laríngeo	7,7 (6,5-8,9)	8,2 (7,5-8,9)	0,46
Enfermedad arterial periférica	7,7 (6,5-8,9)	7,5 (6,7-8,3)	0,78
Valoración global	8,2 (7,3-9,2)	8,9 (8,4-9,3)	0,15

Tabla 13.- Grado de acuerdo, expresado como puntuación media (escala de 0 a 11), de la relación causal entre consumo de tabaco y diferentes patologías en función del hábito tabáquico del odontólogo.

Resultados

Si se analiza la variable conocimientos en función del grupo de edad no se encuentran diferencias significativas entre los conocimientos de los odontólogos menores de 30 años, de 31 a 40 años y de 41 y más años (Figura 8).

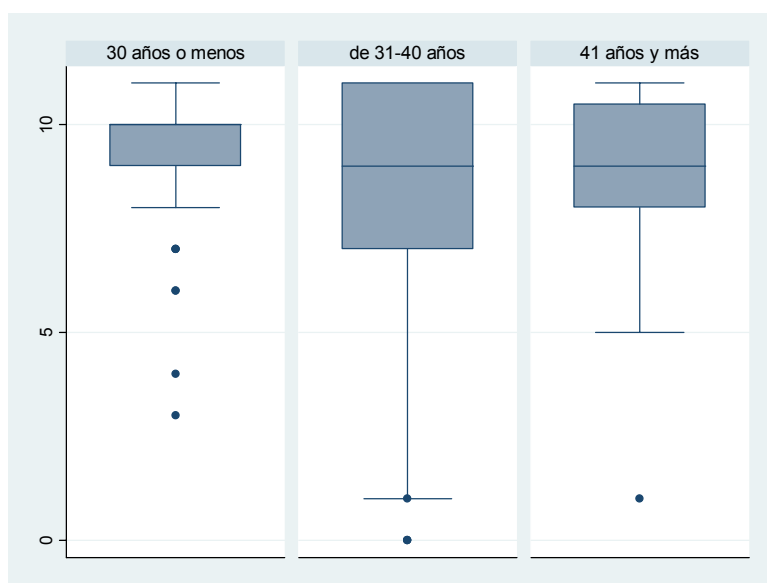


Figura 8.- Grado de acuerdo global, expresado como puntuación mediana (escala de 0 a 11), de la relación causal entre consumo de tabaco y diferentes patologías en función del grupo de edad del odontólogo.

Si se analiza la variable conocimientos en función del nivel de formación académica: licenciatura vs. otros, agrupado esta última categoría niveles formativos superiores, no se encuentran diferencias significativas entre los conocimientos de los odontólogos, $p=0,849$ (Figura 9). Así la puntuación media al analizar el nivel de conocimientos de la relación causal entre consumo de tabaco y diferentes patologías es de 8,6 (IC 95%: 8,2-9,1) en los licenciados y de 8,5 (7,2-9,9) en la categoría otros. El análisis está limitado por el bajo tamaño muestral en la categoría otros, $n=21$.

Resultados

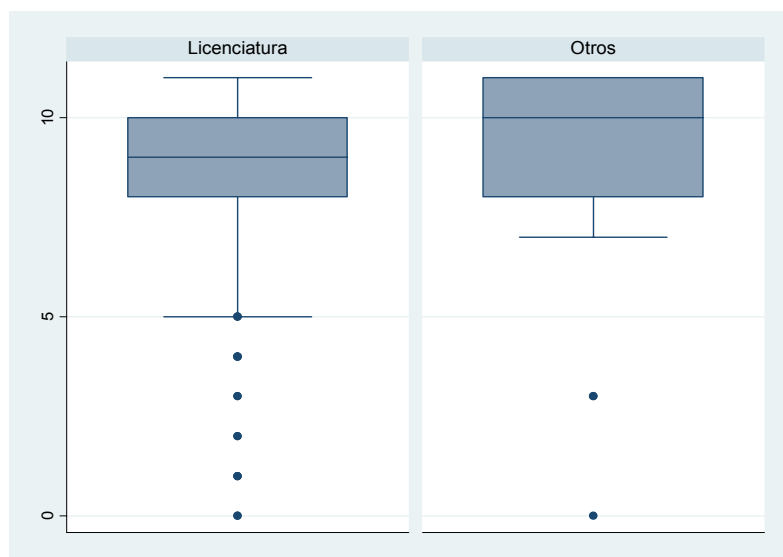


Figura 9.- Grado de acuerdo global, expresado como puntuación mediana (escala de 0 a 11), de la relación causal entre consumo de tabaco y diferentes patologías en función de la variable formación académica del odontólogo.

Creencias de los odontólogos sobre el tabaco

La media del índice de adherencia (IA) a la escala que valora las creencias sobre los efectos del tabaco fue de 0,71 (IC 95%: 0,69-0,73) sobre 1, lo que se traduce como una alto grado de acuerdo de los odontólogos con los ítems analizados. No hay diferencias en el IA a cada una de las acciones propuestas según el sexo ($p=0,424$), el grupo de edad ($p=0,139$) o a la formación académica ($p=0,09$). Aparecen diferencias ($p=0,006$) en función del hábito tabáquico cuando se comparan a los fumadores con los no fumadores. Así los no fumadores presentan un IA medio más alto que los fumadores (0,73 vs. 0,66) lo que supone un mayor grado de acuerdo en relación con los ítems incluidos en la escala.

Al analizar el índice de posición (IP) de los odontólogos frente a cada uno de los ítems recogidos en la escala destaca que los odontólogos ven el consumo y la exposición al humo ambiental de tabaco como factores de riesgo para la salud. Si bien su posicionamiento frente a todas aquellas variables relacionadas con los pacientes se aleja del valor óptimo, ya que creen que la aceptación de consejo para dejar de fumar es baja. La variabilidad de las respuestas en el ítem 2 se traduce en un IP próximo a 0,5.

	IP	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
1 El tabaco es dañino para la salud	0,96	0,94	0,98
2 Los pacientes aceptarían asesoramiento sobre dejar de fumar	0,44	0,39	0,48
3 Mayoría de fumadores pueden dejar de fumar si quieren	0,72	0,67	0,77
4 Es molesto estar cerca de una persona que está fumando	0,84	0,80	0,88
5 La mayoría no dejaría tabaco aunque dentista lo aconsejase	0,72	0,68	0,77
6 Dentistas aconsejarían más si supiesen que consejo es eficaz	0,82	0,79	0,86
7 Fumar pasivamente es perjudicial	0,92	0,89	0,94

Tabla 14.- Creencias sobre tabaco

El ítem en el que más unanimidad presenta en las respuestas es el que hace referencia a si el dentista cree que el tabaco es perjudicial para la salud, en donde un 89,4% está completamente de acuerdo y que además presenta un IP de 0,96 lo que indica un alto posicionamiento positivo de los dentistas. El acuerdo también es elevado en el ítem 7 que se refiere al perjuicio ocasionado por la exposición al humo ambiental de tabaco (Figura 10).

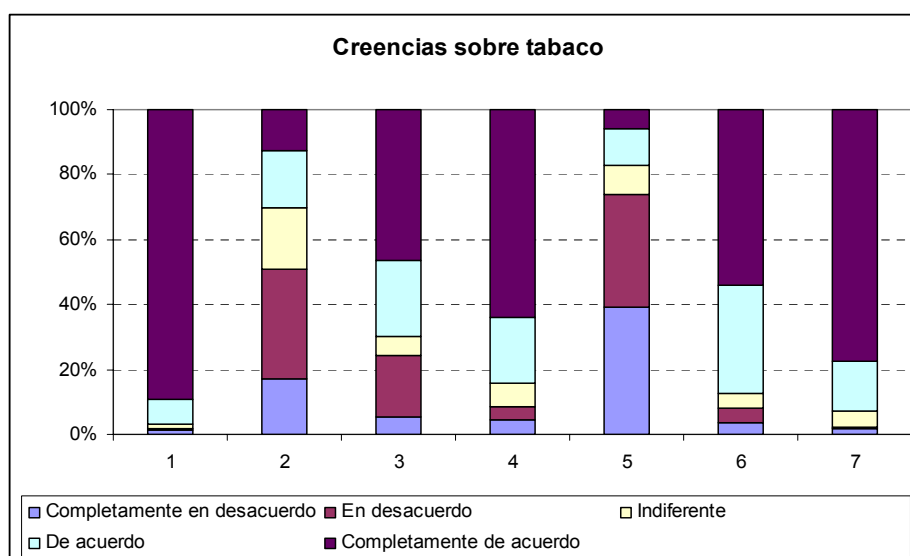


Figura 10.- Distribución porcentual de las creencias sobre el tabaco de los odontólogos
Nota: El significado de cada categoría se muestra en la Tabla 14.

El análisis de las creencias que los odontólogos tienen en relación con el consumo tabaco permite diferenciar dos escenarios (Tabla 15). Uno formado por aquellas creencias no influidas por su relación con los pacientes y otro relacionado con su actividad profesional.

En el primer escenario, el que se no relaciona con su actividad asistencial pero sí con el propio hábito, destaca que tanto los odontólogos fumadores como los no fumadores afirman que el tabaco es dañino para la salud. Pero el resto de los ítems analizados en este escenario aparecen diferencias en función del hábito tabáquico del odontólogo. Así las diferencias en las creencias, entre fumadores y no fumadores, sobre si el tabaquismo pasivo es perjudicial para la salud, sobre si es molesto estar cerca de un fumador o en relación con el cese de consumo asociado a la voluntad son relevantes y significativas. A pesar de no existir diferencias significativas entre fumadores y no fumadores en la identificación del tabaco como una sustancia perjudicial para la salud, destaca que la exposición al humo producido durante su combustión (tabaquismo pasivo) es identificada con más frecuencia por los no fumadores como perjudicial para la salud. Además la percepción sobre la molestia ocasionada por estar cerca de una persona fumando la perciben en mayor medida los no fumadores y entre los fumadores la indiferencia o el desacuerdo frente a este ítem es elevado. Los no fumadores creen que la mayoría de los fumadores podrían dejar de fumar si quisiesen, afirmación que no comparten en igual medida los no fumadores.

Resultados

En el otro escenario identificado, que es el relacionado con la actividad profesional, no aparecen diferencias entre las creencias de los fumadores y de los no fumadores, siendo todos los profesionales muy escépticos en relación con su labor como asesores y deshabitadores tabáquicos.

ITEMS DE LA ESCALA	No fumador		Fumador		p
	n	%	n	%	
El tabaco es dañino para la salud					
De acuerdo	108	97,3	45	95,7	0,634*
En desacuerdo/Indiferente	3	2,7	2	4,3	
Fumar pasivamente es perjudicial					
De acuerdo	110	98,2	38	79,2	<0,0005*
En desacuerdo/Indiferente	2	1,8	10	20,8	
Es molesto estar cerca de una persona que está fumando					
De acuerdo	104	92,9	29	60,4	<0,0005
En desacuerdo/Indiferente	8	7,1	19	39,6	
La mayoría de los fumadores pueden dejar de fumar si ellos quieren					
De acuerdo	87	78,4	25	52,1	<0,001
En desacuerdo/Indiferente	24	21,6	23	47,9	
Los pacientes aceptarían asesoramiento acerca de dejar de fumar					
De acuerdo	37	33,6	12	25,5	0,355
En desacuerdo/Indiferente	74	66,7	35	74,5	
La mayoría de la gente no abandonaría el tabaco aunque su dentista se lo aconsejase					
De acuerdo	83	75,5	33	68,8	0,435
En desacuerdo/Indiferente	27	24,5	15	31,2	
Los dentistas aconsejarían más a la gente que deje de fumar si supiesen que su consejo es realmente eficaz					
De acuerdo	100	90,9	38	79,2	0,076
En desacuerdo/Indiferente	11	9,1	10	20,8	

Tabla 15.- Creencias sobre tabaco en relación con el consumo de tabaco

Resultados

El análisis de las creencias en relación con el nivel académico no permite identificar ningún ítem que esté relacionado con el grado académico. Las creencias de los licenciados en odontología y de aquellos que han obtenido un grado superior (bien sea master, doctorado, etc.) son similares (Tabla 16).

ITEMS DE LA ESCALA	Licenciatura		Otros		p
	n	%	n	%	
El tabaco es dañino para la salud					
De acuerdo	146	98,0	18	90,0	0,107*
En desacuerdo/Indiferente	3	2,0	2	10,0	
Fumar pasivamente es perjudicial					
De acuerdo	139	92,7	19	95,0	1,000*
En desacuerdo/Indiferente	11	7,3	1	5,0	
Es molesto estar cerca de una persona que está fumando					
De acuerdo	126	84,0	18	85,7	1,000*
En desacuerdo/Indiferente	24	16,0	3	14,3	
La mayoría de los fumadores pueden dejar de fumar si ellos quieren					
De acuerdo	108	72,5	11	52,4	0,06
En desacuerdo/Indiferente	41	27,5	10	47,6	
Los pacientes aceptarían asesoramiento acerca de dejar de fumar					
De acuerdo	41	27,7	10	47,6	0,063
En desacuerdo/Indiferente	107	72,3	11	52,4	
La mayoría de la gente no abandonaría el tabaco aunque su dentista se lo aconsejase					
De acuerdo	26	17,4	3	15,8	1,000*
En desacuerdo/Indiferente	123	82,6	16	84,2	
Los dentistas aconsejarían más a la gente que deje de fumar si supiesen que su consejo es realmente eficaz					
De acuerdo	132	88,6	16	80,0	0,281*
En desacuerdo/Indiferente	17	11,4	4	20,0	

Tabla 16.- Creencias sobre tabaco en relación con la formación académica del odontólogo

Resultados

El análisis de las creencias que los odontólogos en función del nivel de conocimientos sobre la relación entre tabaco y diferentes patologías muestra creencias similares en los grupos que se comparan. Solo aparecen diferencias significativas cuando se trata de la aceptación de asesoramiento por parte de los pacientes fumadores, ya que los odontólogos con conocimientos adecuados creen en una aceptación mayor (Tabla 17).

ITEMS DE LA ESCALA	Sin conocimientos adecuados		Con conocimientos adecuados		P
	n	%	n	%	
El tabaco es dañino para la salud					
De acuerdo	119	96,0	45	100,0	0,326*
En desacuerdo/Indiferente	5	4,0	0	0,0	
Fumar pasivamente es perjudicial					
De acuerdo	115	92,0	43	95,6	0,415
En desacuerdo/Indiferente	10	8,0	2	4,4	
Es molesto estar cerca de una persona que está fumando					
De acuerdo	105	83,3	39	86,7	0,599
En desacuerdo/Indiferente	21	16,7	6	13,3	
La mayoría de los fumadores pueden dejar de fumar si ellos quieren					
De acuerdo	86	68,8	33	73,3	0,569
En desacuerdo/Indiferente	39	31,2	12	26,7	
Los pacientes aceptarían asesoramiento acerca de dejar de fumar					
De acuerdo	29	23,4	22	48,9	0,001
En desacuerdo/Indiferente	95	76,6	23	51,1	
La mayoría de la gente no abandonaría el tabaco aunque su dentista se lo aconsejase					
De acuerdo	23	18,7	6	10,3	1,000*
En desacuerdo/Indiferente	100	81,3	39	86,7	
Los dentistas aconsejarían más a la gente que deje de fumar si supiesen que su consejo es realmente eficaz					
De acuerdo	107	86,3	41	91,1	0,401
En desacuerdo/Indiferente	17	13,7	4	8,9	

Tabla 17.- Creencias sobre tabaco en relación con conocimientos sobre la relación entre tabaco y diferentes patologías

Resultados

Si se analizan las creencias en función del grupo de edad no se encuentran diferencias relevantes entre las creencias de los odontólogos menores de 30 años, de 31 a 40 años y de 41 y más años (Tabla 18). Solo aparece una diferencia estadísticamente significativa con la aceptación de asesoramiento para dejar de fumar, en donde el porcentaje de acuerdo es inferior en el grupo de edad más joven, lo que refleja el escepticismo de los más jóvenes frente a su labor como asesores en materias de deshabituación.

ITEMS DE LA ESCALA	30 años o menos		De 31-40 años		41 años y más		p
	n	%	n	%	n	%	
El tabaco es dañino para la salud							
De acuerdo	45	95,7	66	97,1	41	97,6	1,000*
En desacuerdo/Indiferente	2	4,3	2	2,9	1	2,4	
Fumar pasivamente es perjudicial							
De acuerdo	45	95,7	63	94,0	39	88,6	0,449*
En desacuerdo/Indiferente	2	4,3	4	6,0	5	11,4	
Es molesto estar cerca de una persona que está fumando							
De acuerdo	35	74,5	60	88,2	39	88,6	0,089
En desacuerdo/Indiferente	12	25,5	8	11,8	5	11,4	
La mayoría de los fumadores pueden dejar de fumar si ellos quieren							
De acuerdo	32	69,6	43	63,2	34	77,3	0,291
En desacuerdo/Indiferente	14	30,4	25	36,8	10	22,7	
Los pacientes aceptarían asesoramiento acerca de dejar de fumar							
De acuerdo	8	17,4	26	38,8	15	31,1	0,048
En desacuerdo/Indiferente	38	82,6	41	61,2	29	65,9	
La mayoría de la gente no abandonaría el tabaco aunque su dentista se lo aconsejase							
De acuerdo	5	10,6	14	21,2	8	18,2	0,333
En desacuerdo/Indiferente	42	89,4	52	78,8	36	81,8	
Los dentistas aconsejarían más a la gente que deje de fumar si supiesen que su consejo es realmente eficaz							
De acuerdo	42	89,4	58	86,6	40	90,9	0,766
En desacuerdo/Indiferente	5	10,6	9	13,4	4	9,1	

Tabla 18.- Creencias de los odontólogos sobre tabaco en relación con su edad.

Actitudes del odontólogo

La media del índice de adherencia (IA) a la escala que valora las actitudes del odontólogo frente al tabaco fue de 0,84 (IC 95%: 0,82-0,87). Esto muestra que el acuerdo de los odontólogos con las afirmaciones incluidas en la escala fue alto y superior al de las otras escalas. No hay diferencias en el IA en función del sexo ($p=0,342$), el grupo de edad ($p=0,604$) y formación académica ($p=0,119$). Aparecen diferencias en el IA a la escala de actitudes en función del hábito tabáquico ($p=0,0002$). Los no fumadores presentan una adherencia mayor a la escala que los fumadores [IA no fumadores 0,87 (IC95% 0,85-0,90) vs. IA fumadores 0,77 (IC95% 0,71-0,83)].

El índice de posición (IP) frente a los diferentes ítems incluidos en la escala muestra que el grado de acuerdo con los ítems es alto; si bien este acuerdo disminuye cuando se pregunta por la labor del dentista como asesor en tabaquismo, en donde el IP disminuye a 0,78.

Las actitudes del odontólogo frente al tabaquismo incluyen dos importantes aspectos, la conciencia de su propio rol modélico y su labor educadora. En cualquiera de las dos vertientes el dentista presenta unas actitudes adecuadas y favorables. Así los odontólogos están de acuerdo con que el personal sanitario debería dar buen ejemplo absteniéndose de fumar y creen que es deber del dentista convencer a la gente para que deje de fumar, que es una actividad importante ofrecer a los pacientes información o asesoramiento sobre el abandono del tabaco y que siempre se debe aconsejar al paciente dejar de fumar (Tabla 19).

	IP	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
1 El dentista debe convencer al paciente de dejar de fumar	0,85	0,82	0,88
2 Es importante asesorar al paciente sobre dejar de fumar	0,78	0,74	0,82
3 El personal sanitario dar ejemplo absteniéndose de fumar	0,89	0,85	0,92
4 Siempre se debe aconsejar al paciente dejar de fumar	0,87	0,83	0,90

Tabla 19.- Actitudes frente al tabaco de los odontólogos

El mayor grado de acuerdo frente a las aseveraciones incluidas en esta escala se presenta en el ítem 3 que hace referencia al rol modélico que tienen los profesionales sanitarios. Pero a pesar de creer que deben dar ejemplo absteniéndose de fumar, el 48% de los que están totalmente de acuerdo con este ítem fuman delante de sus pacientes. Destaca el porcentaje de actitud indiferente frente a los

Resultados

ítems 1 y 2 relacionados con el papel del dentista como profesional encargado de proporcionar consejo sobre dejar de fumar (Figura 3).

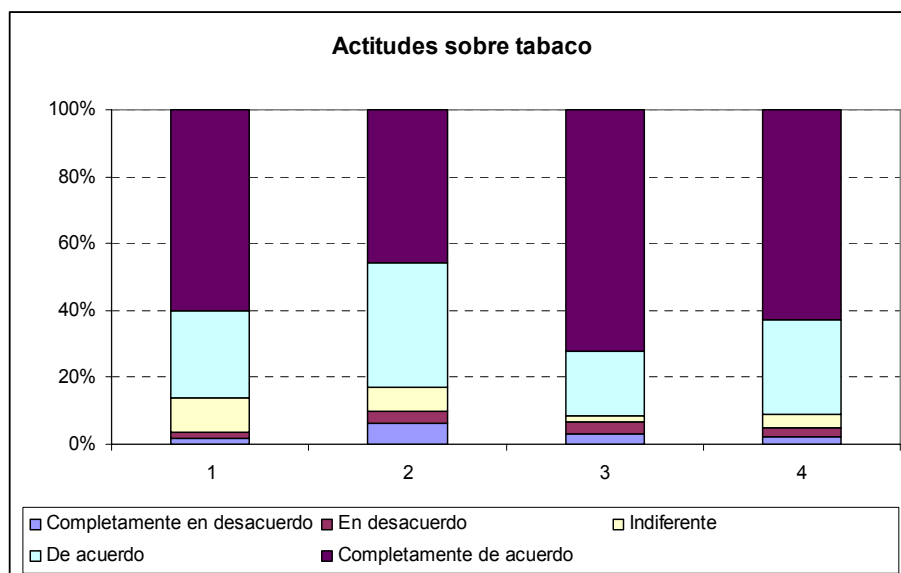


Figura 11.- Distribución porcentual de las actitudes del odontólogo frente al tabaco
Nota: El significado de cada categoría se muestra en la tabla 10.

Las actitudes de los odontólogos con respecto a su rol modélico son diferente en función del hábito tabáquico (Tabla 20). Así los odontólogos fumadores creen menos en su papel modélico en contraposición con los no fumadores que si creen que deben dar ejemplo absteniéndose de fumar. Solo el 4,5% de los no fumadores están en desacuerdo con el papel ejemplar, si bien este porcentaje aumenta al cuádruple en el caso de los odontólogos fumadores. En relación con su actividad en la clínica frente al tabaco, las actitudes de los odontólogos varían en función de su hábito tabáquico. Los odontólogos no fumadores tienen una actitud positiva frente a aconsejar siempre a los pacientes para que dejen de fumar. Además destaca entre los no fumadores el sentido del deber que perciben frente a la lucha antitabáquica, ya que 9 de cada 10 creen que su deber es convencer a la gente para que deje de fumar.

Resultados

ITEMS DE LA ESCALA	No fumador		Fumador		p
	n	%	n	%	
El personal sanitario debería dar un buen ejemplo absteniéndose de fumar					
De acuerdo	105	95,5	40	83,3	0,023*
En desacuerdo/Indiferente	5	4,5	8	16,7	
Siempre se debe aconsejar al paciente a dejar de fumar					
De acuerdo	108	92,8	36	75,0	<0,0005*
En desacuerdo/Indiferente	3	7,2	12	25,0	
Es deber del dentista convencer a la gente que deje de fumar					
De acuerdo	101	91,0	34	70,8	0,003
En desacuerdo/Indiferente	10	9,0	14	29,2	
No es deber pero sí una actividad importante ofrecer a los pacientes información/asesoramiento sobre abandono del tabaco					
De acuerdo	94	86,2	35	76,1	0,158
En desacuerdo/Indiferente	15	13,8	11	23,9	

Tabla 20.- Actitudes del odontólogo frente al tabaco en relación con su consumo de tabaco

* prueba exacta.

El análisis de las actitudes que los odontólogos tienen en relación con el nivel académico no permite identificar ningún ítem, al igual que ocurría con las creencias, que esté relacionado con el grado académico. Así, las actitudes de los licenciados en odontología y de aquellos que han obtenido un grado superior son similares (Tabla 21).

ITEMS DE LA ESCALA	Licenciatura		Otros		P
	n	%	n	%	
El personal sanitario debería dar un buen ejemplo absteniéndose de fumar					
De acuerdo	138	93,2	16	80,0	0,067*
En desacuerdo/Indiferente	10	6,8	4	20,0	
Siempre se debe aconsejar al paciente a dejar de fumar					
De acuerdo	137	91,9	17	85,0	0,392*
En desacuerdo/Indiferente	12	8,1	3	15,0	
Es deber del dentista convencer a la gente que deje de fumar					
De acuerdo	129	86,6	17	81,0	0,504*
En desacuerdo/Indiferente	20	13,4	4	19,0	
No es deber pero sí una actividad importante ofrecer a los pacientes información/asesoramiento sobre abandono del tabaco					
De acuerdo	120	83,3	16	80,0	0,752*
En desacuerdo/Indiferente	24	16,7	4	20,0	

Tabla 21.- Actitudes frente al tabaco en relación con la formación académica

* prueba exacta.

Resultados

Las actitudes que los odontólogos tienen en función de su nivel de conocimientos sobre la relación entre tabaco y diferentes patologías se muestran similares entre los dos grupos que se comparan (Tabla 22).

ITEMS DE LA ESCALA	Sin conocimientos adecuados		Con conocimientos adecuados		P valor
	n	%	n	%	
El personal sanitario debería dar un buen ejemplo absteniéndose de fumar					
De acuerdo	113	91,9	41	91,1	1,000*
En desacuerdo/Indiferente	10	8,1	4	8,9	
Siempre se debe aconsejar al paciente a dejar de fumar					
De acuerdo	115	92,0	39	88,6	0,541*
En desacuerdo/Indiferente	10	8,0	5	11,4	
Es deber del dentista convencer a la gente que deje de fumar					
De acuerdo	107	85,6	39	86,7	0,86
En desacuerdo/Indiferente	18	14,4	6	13,3	
No es deber pero sí una actividad importante ofrecer a los pacientes información/asesoramiento sobre abandono del tabaco					
De acuerdo	101	82,8	35	83,3	0,935
En desacuerdo/Indiferente	21	17,2	7	16,7	

Tabla 22.- Actitudes frente al tabaco en relación con los conocimientos sobre determinadas patologías

* prueba exacta.

Si se analizan las actitudes en función de la edad no se encuentran diferencias significativas entre las actitudes de los odontólogos menores de 30 años, de 31 a 40 años y de 41 y más años (Tabla 23). A pesar de que las diferencias no son significativas, y siendo conscientes de que el tamaño muestral limita las comparaciones, destaca que la percepción del rol modélico es mayor entre los dentistas de 41 años y más.

Resultados

ITEMS DE LA ESCALA	30 años o menos		De 31-40 años		41 años y más		p
	n	%	n	%	n	%	
El personal sanitario debería dar un buen ejemplo absteniéndose de fumar							
De acuerdo	42	89,4	59	89,4	41	95,3	0,561*
En desacuerdo/Indiferente	5	10,6	7	10,6	2	4,7	
Siempre se debe aconsejar al paciente a dejar de fumar							
De acuerdo	43	91,5	60	90,9	42	95,5	0,744*
En desacuerdo/Indiferente	4	8,5	6	9,1	2	4,5	
Es deber del dentista convencer a la gente que deje de fumar							
De acuerdo	38	82,6	60	88,2	39	88,6	0,622
En desacuerdo/Indiferente	8	17,4	8	11,8	5	11,4	
No es deber pero sí una actividad importante ofrecer a los pacientes información/asesoramiento sobre abandono del tabaco							
De acuerdo	36	78,3	55	85,9	35	83,3	0,571
En desacuerdo/Indiferente	10	21,7	9	14,1	7	16,7	

Tabla 23.- Actitudes frente al tabaco en relación con la edad

* prueba exacta.

Creencias sobre acciones legislativas

La media del índice de adherencia (IA) a la escala que valora las creencias sobre acciones legislativas fue de 0.79 (IC 95%: 0.76-0.82). Esto muestra que el acuerdo de los odontólogos con las afirmaciones incluidas en la escala fue alto, al igual que sucedió con la escala que mide las actitudes. No hay diferencias en el IA en función del sexo ($p=0,794$), el grupo de edad ($p=0,167$) y formación académica ($p=0,07$). Al igual que en las escalas anteriores, aparecen diferencias en el IA en función del hábito tabáquico ($p=0,01$). Los no fumadores presentan una adherencia mayor a la escala que los fumadores [IA no fumadores 0,81 (IC95% 0,78-0,84) vs. IA fumadores 0,73 (IC95% 0,65-0,80)].

Los odontólogos de Gaza valoran de forma positiva el impacto de diferentes acciones legislativas, así su posicionamiento en los ítems que integran la escala es próximo a 1. Aunque destaca la diferencia en sus creencias asociadas a fumar en espacios sanitarios, en donde el posicionamiento es casi unánime y dirigido hacia el acuerdo (IP=0.93) frente a su posicionamiento a la prohibición de fumar en lugares cerrados, en donde la variabilidad de las respuestas es elevada (IP=0.67) y no se observa un posicionamiento tan claro.

Resultados

	IP	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
1 Imprimir avisos de salud en los paquetes	0,84	0,8	0,89
2 Prohibición total de la publicidad del tabaco	0,81	0,76	0,85
3 Restringir fumar en lugares cerrados	0,67	0,61	0,73
4 Aumentar considerablemente el precio del tabaco	0,69	0,64	0,75
5 Prohibición de fumar en clínicas y centros sanitarios	0,93	0,89	0,96
6 Incluir en la formación consejo	0,82	0,77	0,86

Tabla 24.- Creencias sobre acciones legislativas

Este hecho también se observa en la Figura 12, donde el porcentaje de dentistas en desacuerdo y completamente en desacuerdo con la prohibición de fumar en lugares cerrados es alto.

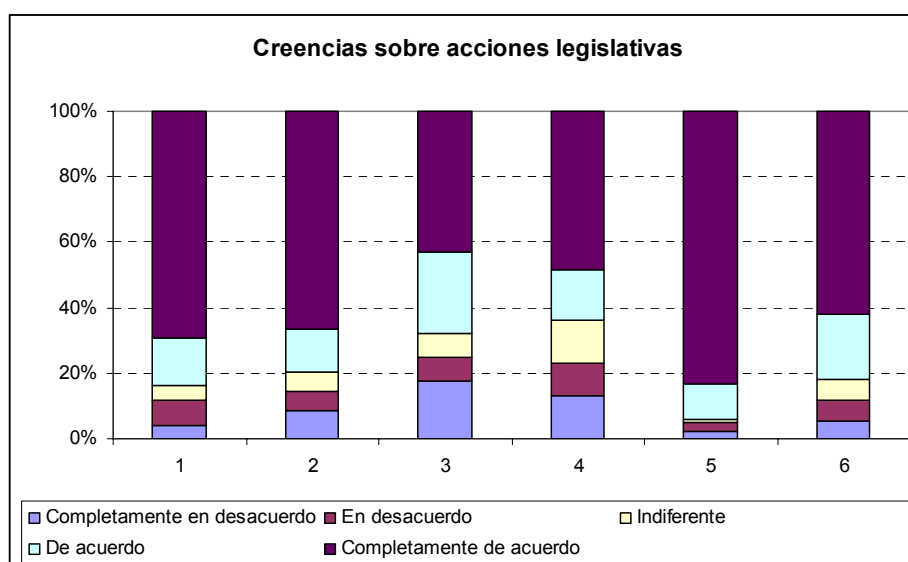


Figura 12.- Distribución porcentual de las creencias sobre diferentes acciones legislativas
Nota: El significado de cada categoría se muestra en la Tabla 24.

Las creencias de los odontólogos sobre las acciones legislativas propuestas en gran medida no muestran diferencias en función del hábito tabáquico (Tabla 25). Excepto en dos ítems, que son los que hacen referencia a la prohibición de fumar en clínicas y centros sanitarios, en la que el porcentaje de fumadores en desacuerdo es superior; y la que se refiere a la formación en consejo y deshabituación tabáquica en la que los no fumadores presentan un porcentaje superior de acuerdo.

Resultados

ITEMS DE LA ESCALA	No fumador		Fumador		P
	n	%	n	%	
Imprimir avisos de salud sobre paquetes de cigarrillos					
De acuerdo	97	86,6	36	75,0	0,105
En desacuerdo/Indiferente	15	13,4	12	25,0	
Prohibición total de publicidad de tabaco					
De acuerdo	90	80,4	36	75,0	0,528
En desacuerdo/Indiferente	22	19,6	12	25,0	
Restringir el fumar en locales cerrados					
De acuerdo	74	67,2	33	69,0	1
En desacuerdo/Indiferente	36	32,8	15	31,0	
Aumentar considerablemente el precio del tabaco					
De acuerdo	73	65,8	26	54,2	0,212
En desacuerdo/Indiferente	38	34,2	22	45,8	
Prohibición de fumar en clínicas y centros sanitarios					
De acuerdo	107	97,3	41	85,4	0,009*
En desacuerdo/Indiferente	3	2,7	7	14,6	
Incluir en la formación del odontólogo el consejo y deshabituación antitabáquica					
De acuerdo	96	85,7	34	70,8	0,045
En desacuerdo/Indiferente	16	14,3	14	29,1	

Tabla 25.- Acciones o medidas legislativas propuestas para reducir el tabaquismo en relación con el consumo de tabaco

* prueba exacta.

El análisis de las creencias de los odontólogos sobre las acciones legislativas en función del grado académico muestra que el grado de acuerdo es similar en los grupos que se comparan. Solo aparecen discrepancias en el ítem que hace referencia a la restricción del consumo en los lugares cerrados en donde se observa que entre los licenciados en odontología el acuerdo con esta norma es más alto frente a los que tienen un nivel de estudios superior (Tabla 26).

Resultados

ITEMS DE LA ESCALA	Licenciatura		Otros		P
	n	%	n	%	
Imprimir avisos de salud sobre paquetes de cigarrillos					
De acuerdo	124	82,7	18	90,0	0,534*
En desacuerdo/Indiferente	26	17,3	2	10,0	
Prohibición total de publicidad de tabaco					
De acuerdo	121	80,7	14	70,0	0,254*
En desacuerdo/Indiferente	29	19,3	6	30,0	
Restringir el fumar en locales cerrados					
De acuerdo	107	71,8	7	36,8	0,004
En desacuerdo/Indiferente	42	28,2	12	63,2	
Aumentar considerablemente el precio del tabaco					
De acuerdo	97	64,7	11	57,9	0,616
En desacuerdo/Indiferente	53	35,3	8	42,1	
Prohibición de fumar en clínicas y centros sanitarios					
De acuerdo	140	94,6	18	90,0	0,339*
En desacuerdo/Indiferente	8	5,4	2	10,0	
Incluir en la formación del odontólogo el consejo y deshabituación antitabáquica					
De acuerdo	125	83,3	14	70,0	0,212*
En desacuerdo/Indiferente	25	16,7	6	30,0	

Tabla 26.- Acciones o medidas legislativas propuestas para reducir el tabaquismo en relación con la formación académica

* prueba exacta.

El análisis de las creencias que los odontólogos tienen sobre las acciones legislativas en relación con el nivel de conocimientos muestra actitudes similares entre los dos grupos que se comparan (Tabla 27), excepto en el ítem que hace referencia al grado de acuerdo en relación con la impresión de avisos de salud en los paquetes de cigarrillos. En este caso el grado de acuerdo con esta medida es más alto entre los odontólogos que tienen conocimientos adecuados sobre la relación entre tabaco y diferentes patologías.

Resultados

ITEMS DE LA ESCALA	Sin conocimientos adecuados		Con conocimientos adecuados		P valor
	n	%	n	%	
Imprimir avisos de salud sobre paquetes de cigarrillos					
De acuerdo	99	79,2	43	95,6	0,01
En desacuerdo/Indiferente	26	20,8	2	4,4	
Prohibición total de publicidad de tabaco					
De acuerdo	95	76,0	40	88,9	0,085
En desacuerdo/Indiferente	30	24,0	5	11,1	
Restringir el fumar en locales cerrados					
De acuerdo	83	67,5	31	68,9	1
En desacuerdo/Indiferente	40	32,5	14	31,1	
Aumentar considerablemente el precio del tabaco					
De acuerdo	77	62,1	31	68,9	0,472
En desacuerdo/Indiferente	47	37,9	14	31,1	
Prohibición de fumar en clínicas y centros sanitarios					
De acuerdo	115	93,5	43	95,6	1,000*
En desacuerdo/Indiferente	8	6,5	2	4,4	
Incluir en la formación del odontólogo el consejo y deshabituación antitabáquica					
De acuerdo	103	82,4	36	80,0	0,822
En desacuerdo/Indiferente	22	17,6	9	20,0	

Tabla 27.- Acciones o medidas legislativas propuestas para reducir el tabaquismo en relación con el nivel de conocimientos

* prueba exacta.

Resultados

El análisis de las creencias que los odontólogos tienen sobre las acciones legislativas en relación a las actitudes muestra mejores creencias, aunque generalmente no significativas, entre aquellos odontólogos con actitudes adecuadas frente al tabaquismo (Tabla 28).

ITEMS DE LA ESCALA	Sin actitudes adecuadas		Con actitudes adecuadas		P
	n	%	n	%	
Imprimir avisos de salud sobre paquetes de cigarrillos					
De acuerdo	106	80,3	36	94,7	0,045
En desacuerdo/Indiferente	26	19,7	2	5,3	
Prohibición total de publicidad de tabaco					
De acuerdo	103	78,0	32	84,2	0,499
En desacuerdo/Indiferente	29	22,0	6	15,8	
Restringir el fumar en locales cerrados					
De acuerdo	87	66,4	27	73,0	0,551
En desacuerdo/Indiferente	44	33,6	10	27,0	
Aumentar considerablemente el precio del tabaco					
De acuerdo	78	59,1	30	81,1	0,019
En desacuerdo/Indiferente	54	40,9	7	18,9	
Prohibición de fumar en clínicas y centros sanitarios					
De acuerdo	122	93,1	36	97,3	0,693*
En desacuerdo/Indiferente	9	6,9	1	2,7	
Incluir en la formación del odontólogo el consejo y deshabituación antitabáquica					
De acuerdo	104	78,8	35	92,1	0,093
En desacuerdo/Indiferente	28	21,2	3	7,9	

Tabla 28.- Acciones o medidas legislativas propuestas para reducir el tabaquismo en relación con las actitudes frente al tabaquismo

* prueba exacta.

LA aceptación de las medidas legislativas propuestas para reducir el tabaquismo no varía significativamente (Tabla 29) según la edad del odontólogo, excepto en el caso de restringir el consumo

Resultados

de tabaco en lugares cerrados, donde los odontólogos mayores presentan un mayor grado de acuerdo que los odontólogos jóvenes.

ITEMS DE LA ESCALA	30 años o menos		De 31-40 años		41 años y más		P
	n	%	n	%	n	%	
Imprimir avisos de salud sobre paquetes de cigarrillos							
De acuerdo	37	78,7	59	88,1	35	79,5	0,326
En desacuerdo/Indiferente	10	21,3	8	11,9	9	20,5	
Prohibición total de publicidad de tabaco							
De acuerdo	35	74,5	57	85,1	33	75,0	0,294
En desacuerdo/Indiferente	12	25,5	10	14,9	11	25,5	
Restringir el fumar en locales cerrados							
De acuerdo	22	47,8	54	81,8	28	63,6	0,001
En desacuerdo/Indiferente	24	52,2	12	18,2	16	36,4	
Aumentar considerablemente el precio del tabaco							
De acuerdo	27	57,4	46	69,7	26	59,1	0,347
En desacuerdo/Indiferente	20	42,6	20	30,3	18	40,9	
Prohibición de fumar en clínicas y centros sanitarios							
De acuerdo	45	95,7	60	89,6	41	97,6	0,240*
En desacuerdo/Indiferente	2	4,3	7	10,4	1	2,4	
Incluir en la formación del odontólogo el consejo y deshabituación antitabáquica							
De acuerdo	39	83,0	57	85,1	35	79,5	0,716
En desacuerdo/Indiferente	8	17,0	10	14,9	9	20,5	

Tabla 29.- Acciones o medidas legislativas propuestas para reducir el tabaquismo en relación con la edad

* prueba exacta.

Resultados

Percepción de barreras para la incorporación de medidas antitabáquicas en la clínica dental

La media del índice de adherencia (IA) a la escala que valora las barreras para la incorporación de medidas antitabáquicas en la clínica dental fue de 0.65 (IC 95%: 0.61-0.69). El IA a esta escala es el más bajo de las 4 escalas contempladas. No hay diferencias en el IA a las barreras según el sexo ($p=0,707$), el grupo de edad ($p=0,149$) y el hábito tabáquico ($p=0,942$). Se muestran diferencias en el IA a la escala de barreras en función del nivel académico ($p=0,003$). Los odontólogos con un nivel académico superior, que son aquellos agrupados en la categoría “Otros”, presentan una mayor adherencia a la escala.

En relación con cada una de las cuestiones estudiadas sobre las creencias que tienen los profesionales sanitarios sobre las barreras que frenan la incorporación de actividades orientadas a la deshabituación tabáquica, el ítem con menor grado de acuerdo cuando se trata de identificar barreras es el hecho de que el dentista sea fumador. La actitud del paciente y variables relacionadas con la práctica clínica, como el tiempo necesario para la realización de la actividad, la falta de materiales y la falta de apoyo por parte de la dirección son los factores que más limitan la intervención (Tabla 30).

	IP	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
1 Resistencia/quejas por parte del paciente	0,72	0,67	0,77
2 Cantidad de tiempo requerido	0,71	0,67	0,75
3 Falta de mecanismos de reembolso	0,67	0,62	0,72
4 Resistencia del personal	0,66	0,60	0,71
5 Dudas sobre su efectividad	0,68	0,64	0,73
6 Falta de formación en dicha area	0,66	0,60	0,71
7 Falta de apoyo de la dirección	0,71	0,66	0,76
8 Falta de materiales para la instrucción del paciente	0,72	0,67	0,77
9 Disponibilidad de fuentes de referencia adecuadas	0,67	0,62	0,73
10 No es papel legítimo del dentista	0,56	0,50	0,62
11 El hecho de ser fumador	0,36	0,30	0,43

Tabla 30.- Percepción de barreras a la incorporación de medidas antitabáquicas

Además cuando se les preguntó a los odontólogos sobre el efecto de la inclusión de consejos para dejar el tabaco en la buena marcha de su clínica, el 65% (IC 95%: 56,7-73,1) opinaron que ayudaría a que esta prosperase. En este punto aparecen diferencias en función del hábito tabáquico, ya que el 72,4% (IC 95%: 62,9-82) de los no fumadores creen que mejoraría la clínica frente a un 48,7% (IC 95%: 32,7-64,8) de los odontólogos fumadores. Los odontólogos identifican las dos principales barreras frente a la incorporación de actividades para el cese del consumo de tabaco en la clínica a la cantidad

Resultados

de tiempo requerida [73,4% (IC 95%: 66,3-80,4)] y la falta de materiales para la instrucción del paciente [71,4% (IC 95%: 64,2-78,6)]. El hecho de que el dentista sea fumador solo lo perciben como barrera el 32,5% (IC 95%: 25,0-39,9) de los odontólogos.

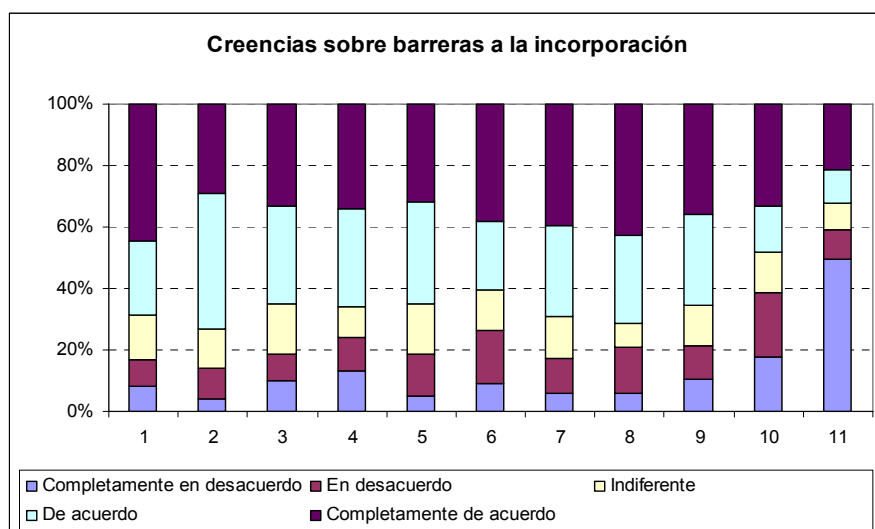


Figura 13.- Distribución porcentual de la percepción de barreras a la incorporación de medidas antitabáquicas

Nota: El significado de cada categoría se muestra en la Tabla 30.

Los odontólogos que identifican como barrera la resistencia del personal, el apoyo de la dirección y la falta de formación son los no fumadores, mientras que el hecho de estar en desacuerdo con que ser fumador sea una barrera a la incorporación de medidas antitabáquicas es más prevalente entre los no fumadores (Tabla 31).

Resultados

ITEMS DE LA ESCALA	No fumador		Fumador		p
	n	%	n	%	
Resistencia/quejas por parte del paciente					
De acuerdo	74	70,5	28	60,9	0,433
Indiferente	13	12,4	9	19,6	
En desacuerdo	18	17,1	9	19,6	
Falta de materiales para la instrucción del paciente					
De acuerdo	75	73,5	28	65,1	0,535*
Indiferente	7	6,8	4	9,3	
En desacuerdo	20	19,6	11	25,6	
Disponibilidad de fuentes de referencia adecuadas					
De acuerdo	71	69,6	24	54,5	0,134
Indiferente	10	9,8	9	20,5	
En desacuerdo	21	20,6	11	25,0	
No es el papel legítimo del dentista					
De acuerdo	49	49,5	17	39,5	0,111
Indiferente	10	10,1	10	23,3	
En desacuerdo	40	40,4	16	37,2	
Resistencia del personal					
De acuerdo	73	72,3	21	47,7	0,018*
Indiferente	8	7,9	7	15,9	
En desacuerdo	20	19,8	16	36,4	
Dudas sobre su efectividad					
De acuerdo	69	67,6	24	54,5	0,161
Indiferente	13	12,7	11	25,0	
En desacuerdo	20	19,6	9	20,5	
Falta de apoyo de la dirección					
De acuerdo	74	74,7	22	51,2	0,021
Indiferente	11	11,1	10	23,3	
En desacuerdo	14	14,1	11	25,6	
Falta de formación en dicha área					
De acuerdo	69	67,0	20	45,5	0,002
Indiferente	7	6,8	12	27,3	
En desacuerdo	27	26,2	12	27,2	
El hecho de que yo mismo sea fumador					
De acuerdo	22	22,0	26	57,8	<0,0005*
Indiferente	7	7,0	5	11,1	
En desacuerdo	71	7,0	14	31,1	
Cantidad de tiempo requerido					
De acuerdo	76	73,8	29	55,8	0,376
Indiferente	11	10,7	18	34,6	
En desacuerdo	16	15,5	5	9,6	
Falta de mecanismos de reembolso					
De acuerdo	69	67,6	26	56,5	0,296
Indiferente	17	16,7	8	17,4	
En desacuerdo	16	15,7	12	26,1	

Tabla 31.- Percepción de barreras para la incorporación de actividades antitabáquicas en relación con el hábito tabáquico

* prueba exacta.

El análisis de las barreras percibidas por los odontólogos como limitadoras de la incorporación de medidas antitabáquicas en función del grado académico muestra que los licenciados perciben más barreras que los que tienen una formación académica superior.

Resultados

ITEMS DE LA ESCALA	Licenciatura		Otros		P
	n	%	n	%	
Resistencia/ quejas por parte del paciente					
De acuerdo	101	72,1	9	45,0	0,012*
Indiferente	16	11,4	7	35,0	
En desacuerdo	23	16,4	4	20,0	
Falta de materiales para la instrucción del paciente					
De acuerdo	103	76,9	7	35,0	0,0005*
Indiferente	10	7,5	2	10,0	
En desacuerdo	21	15,7	11	55,0	
Disponibilidad de fuentes de referencia adecuadas					
De acuerdo	87	64,4	14	73,7	0,661*
Indiferente	19	14,1	1	5,3	
En desacuerdo	29	21,5	4	21,1	
No es el papel legítimo del dentista					
De acuerdo	65	49,6	8	40,0	0,710*
Indiferente	17	13,0	3	15,0	
En desacuerdo	49	37,4	9	45,0	
Resistencia del personal					
De acuerdo	95	70,9	6	31,6	0,001*
Indiferente	13	9,7	2	10,5	
En desacuerdo	26	19,4	11	57,9	
Dudas sobre su efectividad					
De acuerdo	93	67,4	8	47,1	0,218*
Indiferente	21	15,2	4	23,5	
En desacuerdo	24	17,4	5	29,4	
Falta de apoyo de la dirección					
De acuerdo	91	68,9	13	68,4	0,356*
Indiferente	20	15,2	1	5,3	
En desacuerdo	21	15,9	5	26,3	
Falta de formación en dicha área					
De acuerdo	83	61,0	11	57,9	0,462*
Indiferente	16	11,8	4	21,1	
En desacuerdo	37	27,2	4	21,1	
El hecho de que yo mismo sea fumador					
De acuerdo	44	32,8	6	30,0	0,874*
Indiferente	11	8,2	2	10,0	
En desacuerdo	79	59,0	12	60,0	
Cantidad de tiempo requerido					
De acuerdo	102	75,6	11	57,9	0,090*
Indiferente	17	12,6	2	10,5	
En desacuerdo	16	11,9	6	31,6	
Falta de mecanismos de reembolso					
De acuerdo	95	68,3	7	38,9	0,009*
Indiferente	23	16,5	3	16,7	
En desacuerdo	21	15,1	8	44,4	

Tabla 32.- Percepción de barreras para la incorporación de actividades antitabáquicas en relación con la formación académica

* prueba exacta.

La variable percepción de barreras para la incorporación de actividades antitabáquicas no varía en función del grupo de edad (Tabla 33).

Resultados

ITEMS DE LA ESCALA	30 años o menos		De 31-40 años		41 años y más		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Resistencia/quejas por parte del paciente							
De acuerdo	27	62,8	47	72,3	27	65,9	0,670
Indiferente	6	14,0	10	15,4	7	17,1	
En desacuerdo	10	23,3	8	12,3	7	17,1	
Falta de materiales para la instrucción del paciente							
De acuerdo	26	61,9	47	74,6	28	73,7	0,469*
Indiferente	6	14,3	3	4,8	3	7,9	
En desacuerdo	10	28,3	13	20,6	7	18,4	
Disponibilidad de fuentes de referencia adecuadas							
De acuerdo	23	53,5	45	71,4	27	71,1	0,331
Indiferente	7	16,3	7	11,1	5	13,2	
En desacuerdo	13	30,2	11	17,5	6	15,8	
No es el papel legítimo del dentista							
De acuerdo	19	46,3	30	48,4	19	50,0	0,940
Indiferente	7	17,1	7	11,3	5	13,2	
En desacuerdo	15	36,6	25	40,3	14	36,8	
Resistencia del personal							
De acuerdo	23	53,5	46	73,0	24	64,9	0,210*
Indiferente	7	16,3	3	4,8	4	10,8	
En desacuerdo	13	30,2	14	22,2	9	24,3	
Dudas sobre su efectividad							
De acuerdo	23	53,5	39	63,9	29	72,5	0,307
Indiferente	8	18,6	9	14,8	7	17,5	
En desacuerdo	12	27,9	13	21,3	4	10,0	
Falta de apoyo de la dirección							
De acuerdo	25	58,1	47	75,8	25	69,4	0,405*
Indiferente	7	16,3	7	11,3	5	13,9	
En desacuerdo	11	25,6	8	12,9	6	17,6	
Falta de formación en dicha área							
De acuerdo	24	55,8	39	61,9	24	61,5	0,780
Indiferente	6	14,0	7	11,1	7	17,9	
En desacuerdo	13	30,2	17	27,0	8	20,5	
El hecho de que yo mismo sea fumador							
De acuerdo	13	31,7	19	29,2	15	39,5	0,703*
Indiferente	5	12,2	5	7,7	2	5,3	
En desacuerdo	23	56,1	41	63,1	21	55,3	
Cantidad de tiempo requerido							
De acuerdo	29	67,4	49	79,0	27	69,2	0,509*
Indiferente	6	14,0	5	8,1	7	17,9	
En desacuerdo	8	18,6	8	12,9	5	12,8	
Falta de mecanismos de reembolso							
De acuerdo	28	65,1	45	71,4	22	55,0	0,130
Indiferente	5	11,6	6	9,5	11	27,5	
En desacuerdo	10	23,3	12	19,0	7	17,5	

Tabla 33.- Percepción de barreras para la incorporación de actividades antitabáquicas en relación con la edad

* prueba exacta.

Resultados

ITEMS DE LA ESCALA	Sin conocimientos adecuados		Con conocimientos adecuados		P
	n	%	n	%	
Resistencia/quejas por parte del paciente					
De acuerdo	81	70,4	29	64,4	0,528
Indiferente	17	14,8	6	13,3	
En desacuerdo	17	14,8	10	22,2	
Falta de materiales para la instrucción del paciente					
De acuerdo	80	72,7	30	68,2	0,794*
Indiferente	8	7,3	4	9,1	
En desacuerdo	22	20,0	10	22,7	
Disponibilidad de fuentes de referencia adecuadas					
De acuerdo	69	63,3	32	71,1	0,555
Indiferente	16	14,7	4	8,9	
En desacuerdo	24	22,0	9	20,0	
No es el papel legítimo del dentista					
De acuerdo	59	55,1	14	31,8	0,033
Indiferente	12	11,2	8	18,2	
En desacuerdo	36	33,6	22	50,0	
Resistencia del personal					
De acuerdo	75	68,8	26	59,1	0,059*
Indiferente	13	11,9	2	4,5	
En desacuerdo	21	19,3	16	36,4	
Dudas sobre su efectividad					
De acuerdo	76	67,9	25	58,1	0,140
Indiferente	14	12,5	11	25,6	
En desacuerdo	22	19,6	7	16,3	
Falta de apoyo de la dirección					
De acuerdo	73	67,6	31	72,1	0,793
Indiferente	15	13,9	6	14,0	
En desacuerdo	20	18,5	6	14,0	
Falta de formación en dicha área					
De acuerdo	71	64,5	23	51,1	0,074
Indiferente	10	9,1	10	22,2	
En desacuerdo	29	26,4	12	26,7	
El hecho de que yo mismo sea fumador					
De acuerdo	37	33,6	13	29,5	0,675
Indiferente	8	7,3	5	11,4	
En desacuerdo	65	59,1	26	59,1	
Cantidad de tiempo requerido					
De acuerdo	83	76,1	30	66,7	0,195
Indiferente	14	12,8	5	11,1	
En desacuerdo	12	11,0	10	22,2	
Falta de mecanismos de reembolso					
De acuerdo	72	64,3	30	66,7	0,175
Indiferente	22	19,6	4	8,9	
En desacuerdo	18	16,1	11	24,4	

Tabla 34.- Percepción de barreras para la incorporación de actividades antitabáquicas en relación con el nivel de conocimientos.

* prueba exacta.

Resultados

ITEMS DE LA ESCALA	Sin creencias		Con creencias		P
	n	%	n	%	
Resistencia/quejas por parte del paciente					
De acuerdo	74	64,9	36	78,3	0,068
Indiferente	21	18,4	2	4,3	
En desacuerdo	19	16,7	8	17,4	
Falta de materiales para la instrucción del paciente					
De acuerdo	77	70,0	33	75,0	0,726*
Indiferente	10	9,1	2	4,5	
En desacuerdo	23	20,9	9	20,5	
Disponibilidad de fuentes de referencia adecuadas					
De acuerdo	69	62,7	32	72,7	0,554
Indiferente	16	14,5	4	9,1	
En desacuerdo	25	22,7	8	18,2	
No es el papel legítimo del dentista					
De acuerdo	52	48,6	21	47,7	0,111
Indiferente	16	15,0	4	9,1	
En desacuerdo	39	36,4	19	43,2	
Resistencia del personal					
De acuerdo	70	64,2	31	70,5	0,729*
Indiferente	12	11,0	3	6,8	
En desacuerdo	27	24,8	10	22,7	
Dudas sobre su efectividad					
De acuerdo	71	65,1	30	65,2	0,636
Indiferente	16	14,7	9	19,6	
En desacuerdo	22	20,2	7	15,2	
Falta de apoyo de la dirección					
De acuerdo	68	63,0	36	83,7	0,035
Indiferente	19	17,6	2	4,7	
En desacuerdo	21	19,4	5	11,6	
Falta de formación en dicha área					
De acuerdo	61	55,5	33	73,3	0,118
Indiferente	16	14,5	4	8,9	
En desacuerdo	33	30,0	8	17,8	
El hecho de que yo mismo sea fumador					
De acuerdo	35	32,1	15	33,0	0,585*
Indiferente	11	10,1	2	4,4	
En desacuerdo	63	57,8	28	62,2	
Cantidad de tiempo requerido					
De acuerdo	76	69,7	37	82,2	0,140
Indiferente	17	15,6	2	4,4	
En desacuerdo	16	14,7	6	13,3	
Falta de mecanismos de reembolso					
De acuerdo	69	62,2	33	71,7	0,412
Indiferente	21	18,9	5	10,9	
En desacuerdo	21	18,9	8	17,4	

Tabla 35.- Percepción de barreras para la incorporación de actividades antitabáquicas en relación con las creencias

* prueba exacta.

Resultados

La variable percepción de barreras para la incorporación de actividades antitabáquicas no varía significativamente según el grado de conocimientos que el dentista tiene sobre el tabaquismo (Tabla 34), excepto en el ítem que hace referencia a la legitimidad del papel del dentista como actor en la dispensación de actividades antitabáquicas. En este punto los dentistas con conocimientos adecuados no perciben esto como barrera mientras que los que no tienen conocimientos adecuados sí lo perciben.

La percepción de las creencias de barreras para la incorporación de actividades antitabáquicas no varía significativamente cuando se analiza en función de las creencias sobre tabaco. Solo en un ítem (falta de apoyo de la dirección) aparecen diferencias estadísticamente significativas (Tabla 35).

La percepción de barreras para la incorporación de actividades antitabáquicas difieren según las actitudes que sobre el tabaco tienen los odontólogos, ya que los que tienen actitudes adecuadas frente al tabaquismo perciben más barreras (Tabla 36).

Resultados

ITEMS DE LA ESCALA	Sin actitudes adecuadas		Con actitudes adecuadas		P
	n	%	n	%	
Resistencia/quejas por parte del paciente					
De acuerdo	82	65,1	28	82,4	0,032*
Indiferente	18	14,3	5	14,7	
En desacuerdo	26	20,6	1	2,9	
Falta de materiales para la instrucción del paciente					
De acuerdo	77	64,2	33	97,1	0,0005*
Indiferente	11	9,2	1	2,9	
En desacuerdo	32	26,7	0	0,0	
Disponibilidad de fuentes de referencia adecuadas					
De acuerdo	70	57,9	31	93,9	0,0005*
Indiferente	20	16,5	0	0,0	
En desacuerdo	31	25,6	2	6,1	
No es el papel legítimo del dentista					
De acuerdo	53	44,5	20	62,5	0,187*
Indiferente	18	15,1	2	6,3	
En desacuerdo	48	40,3	10	31,3	
Resistencia del personal					
De acuerdo	72	60,0	29	87,9	0,010*
Indiferente	14	11,7	1	3,0	
En desacuerdo	34	28,3	3	9,1	
Dudas sobre su efectividad					
De acuerdo	77	63,1	24	72,7	0,279
Indiferente	19	15,6	6	18,2	
En desacuerdo	26	21,3	3	9,1	
Falta de apoyo de la dirección					
De acuerdo	74	62,2	30	93,8	0,002*
Indiferente	20	16,8	1	3,1	
En desacuerdo	25	21,0	1	3,1	
Falta de formación en dicha área					
De acuerdo	67	55,4	27	79,4	0,016
Indiferente	16	13,2	4	11,8	
En desacuerdo	38	31,4	3	8,8	
El hecho de que yo mismo sea fumador					
De acuerdo	37	30,6	13	39,4	0,114*
Indiferente	13	10,7	0	0,0	
En desacuerdo	71	58,7	20	60,6	
Cantidad de tiempo requerido					
De acuerdo	87	71,9	26	78,8	0,854*
Indiferente	16	13,2	3	9,1	
En desacuerdo	18	14,9	4	12,1	
Falta de mecanismos de reembolso					
De acuerdo	73	59,3	29	85,3	0,011
Indiferente	22	17,9	4	11,8	
En desacuerdo	28	22,8	1	2,9	

Tabla 36.- Percepción de barreras para la incorporación de actividades antitabáquicas en relación con las actitudes

* prueba exacta.

INTERVENCIÓN MÍNIMA ANTITABÁQUICA (IMAT)

El 36,3% (IC95%29,0-43,5) de los odontólogos realizan IMAT. La proporción de mujeres entre los que realizan IMAT es más alta y a medida que avanza la edad disminuye la realización de IMAT. El porcentaje de no fumadores que realizan IMAT es superior al de fumadores (Tabla 37).

Variables		Realizan IMAT		
		n	%	p
Sexo	Mujeres	23	60,5	0,001
	Hombres	39	29,3	
Edad	≤ 30 años	23	48,9	0,018
	31-40 años	25	36,8	
	≥41 años	9	20,5	
Estado civil	Solteros/Otros	12	52,2	0,105
	Casados	50	33,8	
Residencia	Sur de Gaza	35	34,7	0,630
	Gaza y Norte	27	38,6	
Lugar de trabajo	Ministerio Sanidad	51	39,2	0,345
	Hospital Militar	6	28,6	
	UNRWA	5	25,0	
Formación académica	Licenciatura	56	37,3	0,299
	Postgrado	6	28,6	
Hábito tabáquico	No fumador	47	42,0	0,050
	Fumador	12	25,0	

Tabla 37.- Distribución de variables según estatus de IMAT

El 62,3% (IC95% 55,0-69,7) de los odontólogos preguntan al paciente si fuma, tanto de forma rutinaria como la mayoría de las veces. De este 62%, el 61% lo registra en la historia (IC 95% 51,6-70,7) y de estos el 80,6% (IC 95% 70,5-90,8) dan consejo. En global la prevalencia de consejo entre los odontólogos es del 51,1% (IC 95% 44,4-59,9), pero solo es dado de forma rutinaria por el 28,2% (IC 95% 21,2-35,2) de los encuestados y la mayoría de las veces por el 23,9% (IC 95% 17,3-30,5).

Se observa que entre los odontólogos que aconsejan, el porcentaje de ellos que recibieron formación es más alto (61,8% (IC 95% 45,1-78,5)) frente a los que no la recibieron (49,6% (IC95% 40,9-58,3), si bien aunque las diferencias son relevantes no son significativas ($p=0,278$).

El hecho de incorporar a la historia el hábito parece fomentar el consejo. Así entre los odontólogos que registran siempre, aconsejan el 80,6% (IC 95% 70,5-90,8) frente al 57,1% (IC 95% 27,4-86,8) de los que registran a veces. Entre los que no registran el hábito aconsejan el 45,8% (IC 95% 24,3-67,3).

Resultados

El consejo proporcionado por el odontólogo parece estar influido por la patología del paciente que acude a la consulta. Así, dan consejo con más frecuencia entre los que presentan patologías asociadas con el consumo de tabaco como por ejemplo patología pulmonar o cardíaca. Destaca la diferencia que establecen entre dos etapas de la vida de los pacientes, la adolescencia y el embarazo, siendo frecuente el consejo que dan a las embarazadas y no así a los adolescentes (Figura 14).

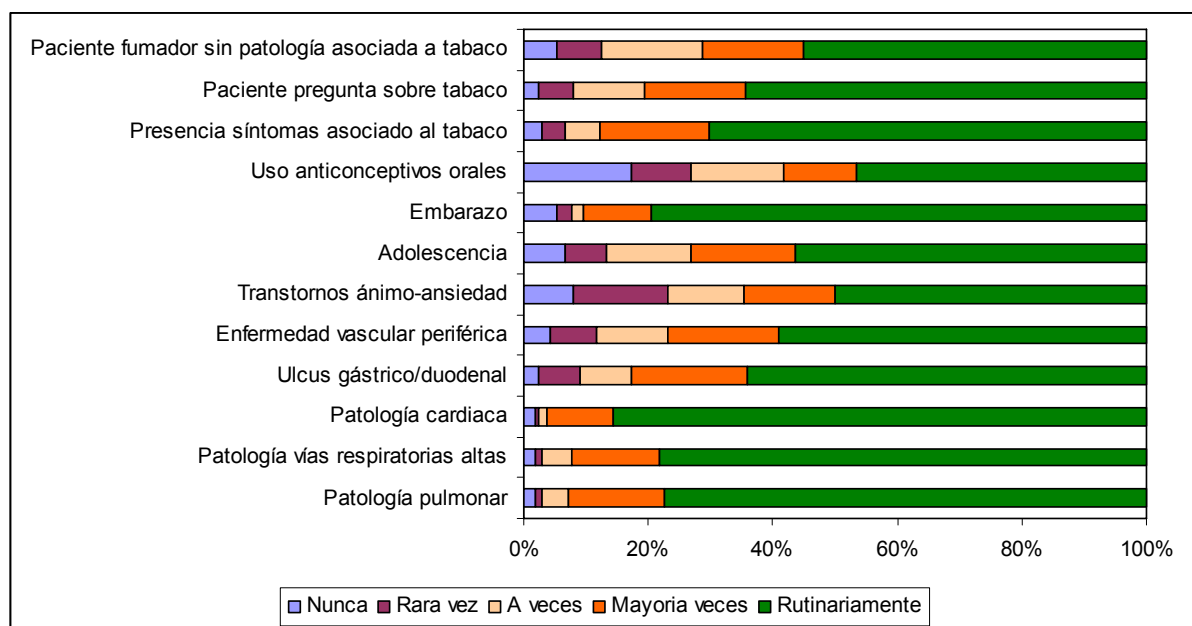


Figura 14.- Distribución porcentual de la dispensación de consejo en diferentes patologías, comportamientos o etapas de la vida del paciente que acude a consulta.

La Tabla 38 presenta la realización del IMAT según diferentes variables. En ella se observa que la dispensación del IMAT se realiza de forma diferente en función de la especialidad, formación específica en tabaquismo, poseer unos conocimientos adecuados sobre el impacto del tabaco en la salud, percibir correctamente las barreras que frenan la intervención antitabáquica, tener actitudes y creencias sobre tabaco adecuadas y valorar positivamente el impacto de la legislación. La especialidad no se incluirá en el modelo explicativo posterior debido a la dificultad de interpretación asociada a la categoría otras que incluye 10 especialidades diferentes. La variable actitudes frente al tabaco no se incluirá debido al bajo número de efectivos en una de las categorías consideradas.

En esta Tabla 39 se examinan los efectos independientes de los factores explicativos simultáneamente a partir de 2 modelos: uno sin ajustar por sexo y edad y otro ajustado por estas variables.

En el modelo sin ajustar por sexo y edad los profesionales sanitarios con conocimientos sobre el impacto del tabaco en la salud, con creencias adecuadas, con una percepción adecuada de las barreras que frenan la intervención antitabáquica y con formación específica en deshabituación presentan una mayor probabilidad de realizar IMAT. El aumento en la probabilidad de dispensación de IMAT es similar para cualquiera de los 4 factores analizados, si bien la variable que muestra una mayor asociación es el tener unos buenos conocimientos del impacto del tabaco en la salud, que incrementa la dispensación de IMAT en un 197% en comparación con aquellos que no tienen conocimientos adecuados.

Cuando se analiza el efecto del sexo y de la edad se observan discrepancias entre las estimaciones ajustadas y sin ajustar. En este caso la formación específica en técnicas de deshabituación deja de ser una variable explicativa del modelo ($p > 0.05$), a pesar de que el valor del estimador puntual sigue siendo alto ($OR = 2.47$); no se muestra significativa probablemente debido a la pérdida de poder estadístico asociado al bajo tamaño muestral. Los profesionales con conocimientos adecuados dispensan 4 veces más IMAT que los que no lo tienen y la percepción correcta de barreras que frenan la intervención aumenta la probabilidad de dispensación de IMAT en un 212%.

Resultados

Variable	IMAT SI		IMAT NO		P
	n	%	n	%	
Sexo					
Hombre	38	28,8	94	71,2	0,12
Mujer	16	42,1	22	57,9	
Grupo de edad					
< 30 años	17	36,2	30	61,8	0,132
31-40 años	22	32,8	45	67,2	
> 40 años	8	18,2	36	81,8	
Formación académica					
Licenciatura	49	32,7	101	67,3	0,491
Otros	5	25	15	75	
Especialidad					
General o Salud Pública	12	21,1	45	79,0	0,014
Endodoncia	17	28,8	42	71,2	
Otras	25	46,3	29	53,7	
Consumo de tabaco					
Fuma	11	22,9	37	77,1	0,116
No fuma	38	33,9	74	66,1	
Formación en tabaquismo					
Si	16	44,4	20	55,6	0,028
No	37	27,8	96	72,2	
Conocimientos					
Adecuados	20	44,4	25	55,6	0,033
No adecuados	34	27,2	91	72,8	
Percepción de barreras					
Percibe	25	52,1	23	47,9	0,004
No percibe	23	27,1	62	72,9	
Actitudes frente al tabaco					
Favorables	47	34,8	88	65,2	0,003*
No favorables	1	4,4	22	95,7	
Creencias sobre tabaco					
Adecuadas	33	40,2	49	59,8	0,003
No adecuadas	15	19,0	64	81,0	
Valor de la legislación					
Positivo	43	37,4	72	62,6	0,006
No positivo	8	16,0	42	84,0	

Tabla 38.- Dispensación o no de IMAT en función de distintas características del odontólogo.

* prueba exacta

Resultados

Variable	OR	IC(95%)		p
Modelo sin ajustar				
Conocimientos				
No adecuados	1,00	-	-	-
Adecuados	2,97	1,26	7	0,013
Creencias sobre tabaco				
No adecuadas	1,00	-	-	-
Adecuadas	2,82	1,21	6,60	0,017
Percepción de barreras				
No adecuadas	1,00	-	-	-
Adecuadas	2,54	1,11	5,84	0,028
Formación en tabaquismo				
No	1,00	-	-	-
Si	2,75	1,10	7,00	0,033
Modelo ajustado (sexo –edad)				
Edad	0,98	0,93	1,04	0,565
Sexo				
Hombre	1,00	-	-	-
Mujer	2,42	0,83	7,1	0,107
Conocimientos				
No adecuados	1,00	-	-	-
Adecuados	4,49	1,70	11,9	0,002
Creencias sobre tabaco				
No adecuadas	1,00	-	-	-
Adecuadas	2,56	1,03	6,33	0,042
Percepción de barreras				
No adecuadas	1,00	-	-	-
Adecuadas	3,12	1,27	7,72	0,013
Formación en tabaquismo				
No	1,00	-	-	-
Si	2,57	0,92	7,11	0,070

Tabla 39.- Modelos de regresión logística para la dispensación de IMAT.

5.- DISCUSIÓN

Discusión de los objetivos

Caracterizar el consumo de tabaco en una población es el primer paso que se debe dar para planificar y llevar a cabo actuaciones frente a este importante problema de Salud Pública. Cuando esto se hace teniendo como población de estudio a los profesionales sanitarios los beneficios sobre la población general son mayores, ya que la función modélica y educadora de estos es un hecho indiscutible. Por ello el estudio de sus conductas y actitudes es necesario e importante.

Este es el primer trabajo que se realiza en Palestina y constituye el inicio de un futuro programa de investigación sobre este tema. Visualizar a Palestina como un país en donde la epidemia de tabaquismo está atrasada en comparación con otros países y en donde una intervención podría frenar la prevalencia de consumo en el futuro hace que la necesidad de empezar a trabajar en educación e intervención antitabáquica sea primordial. Hacer pública la información de este estudio puede ayudar a los profesionales de Ciencias de la Salud en sus intentos de cambiar las conductas asociadas al tabaquismo y servir de estímulo para otras investigaciones dentro del mundo árabe.

Discusión del método

Los estudios orientados a conocer la prevalencia de diferentes factores de riesgo a nivel poblacional están condicionados por la falta de colaboración, ya que la representatividad queda cuestionada en estudios con tasas de no respuesta elevada. En colectivos limitados por el número de efectivos a estudiar, como sucede en nuestro caso, el número de dentistas en Palestina es de aproximadamente 200, la importancia de obtener una buena respuesta es indiscutible. En este estudio la tasa de respuesta fue del 83%, que a priori es elevada. De hecho es la más alta de todas las obtenidas en estudios similares. Así Burgan [110], en un estudio similar en Jordania en el año 2003, consiguió el 72,2%; en Estados Unidos, Simoyan en 2002 [41, 179] obtuvo un 58,5%; Campell en Canadá en 1994 [180] un 55%; o Arosa-López (2006) en España [181], un 51,3%. Tasas de respuesta inferiores al 50% se obtuvieron en numerosos estudios [182] [183] e incluso se han publicado estudios con tasas de respuesta de 16% [184]. A pesar de que la tasa de respuesta fue alta no podemos afirmar de forma taxativa que la muestra es representativa de los odontólogos palestinos, ya que no conocemos las características de los que no quisieron participar. Además, el hecho de que la práctica de la odontología privada no está bien regulada impide la aproximación a los dentistas que solo se dedican a esta área.

Los estudios realizados sobre voluntarios, como este, presentan un importante sesgo, el de autoselección. Diferentes variables como el consumo de tabaco propio o la práctica de actividad en deshabituación podrían haber condicionado la participación en el estudio, lo que se traduciría en una mala estimación de los valores aquí reportados. Pero este sesgo es minimizado por la alta tasa de participación.

El tamaño muestral limitado por los efectivos que ejercen su profesión en Palestina condiciona de forma importante los análisis, así en este estudio cuando se denota algún resultado como no significativo puede ser debido a un error tipo II, asociado a una falta de potencia del estudio relacionada con el bajo tamaño muestral. Algunas variables, como por ejemplo el sexo del odontólogo, no han podido ser tratadas en este estudio, ya que el número de efectivos en función de las diferentes categorías impedía el análisis o simplemente estaba muy asociado a otras de las variables de estudio, por ejemplo sexo y consumo de tabaco (solo 1 mujer era fumadora).

La técnica de recogida de información, a través de cuestionario, y el diseño del estudio, transversal, suponen una cierta limitación del estudio ya que solo disponemos de información puntual del proceso. En ocasiones se hace patente la necesidad de haber tenido más información, tanto proporcionada por el odontólogo como por miembros que trabajen con él en la clínica. Sin embargo, emplear un cuestionario más largo no pareció adecuado ya que la calidad de la información aportada podría ser menor debido al agotamiento del encuestado.

El solicitar permiso al Ministerio de Sanidad Palestino y al Ilustre Sindicato de Odontólogos Palestinos, unido a que fuese una Universidad la que llevaba a cabo el estudio ayudaron a obtener esa alta tasa de respuesta. Además que el cuestionario fuese anónimo y la información confidencial ayuda a creer en la veracidad de la información obtenida.

El cuestionario que empleamos fue adaptado a la población entrevistada. Se intentó excluir las preguntas poco relevantes para nuestros objetivos y concentrar en la medida de lo posible las cuestiones similares o con formato similar. Todo ello ha permitido conseguir un instrumento que recogiera toda la información y que, al mismo tiempo, fuera breve. Esta brevedad es fundamental a la hora de motivar al encuestado en su participación, ya que el cansancio puede constituir una gran traba en este tipo de estudios. El cuestionario fue muy sencillo de contestar y no precisó más que unas

mínimas instrucciones iniciales, con valor casi de presentación, mientras que los enunciados de las preguntas fueron concisos y de fácil lectura.

Las preguntas sobre consumo de tabaco se ubicaron al final del cuestionario para que los odontólogos fumadores no variasen su valoración frente a actitudes que ellos podrían sentir condicionadas a su hábito.

Discusión de resultados

El consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios ha sido ampliamente estudiado. Los primeros datos de prevalencia de consumo de tabaco entre dentistas proceden de un estudio realizado en Australia, en el año 1977 entre 305 dentistas de Victoria, que estimó la prevalencia de consumo en 23% [185]. Desde entonces diferentes estudios han estimado prevalencias de consumo, principalmente en Europa y Estados Unidos. En este trabajo la prevalencia de consumo diario entre los odontólogos de Palestina se estima del 20%, y si se tiene en cuenta el consumo ocasional se sitúa en el 30%. La comparación de estos datos con los obtenidos en otros estudios es complicada, ya que el consumo entre profesionales sanitarios, está influido por la fase de epidemia tabáquica en la que se encuentre la población [99]. Así en países que se encuentran en fase IV como Estados Unidos, Reino Unido, Noruega, Suecia o Finlandia las prevalencias son menores que las encontradas en este estudio. En países que se encuentran en estadio III, por ejemplo Turquía, Rumania, Bulgaria, España, Jordania, Italia o Japón las prevalencias son más elevadas que las de Palestina y superan el 40% [186]. Además, la comparación de datos también está limitada porque en muchos de los estudios sobre profesionales sanitarios se analizan diferentes colectivos como médicos, enfermeros, farmacéuticos o dentistas. En estos casos, los datos generalmente se presentan de forma conjunta. Así en varios estudios árabes que han utilizado cuestionarios y metodologías similares con el objetivo de estimar las prevalencias de consumo de tabaco presentan datos de prevalencia conjuntos en médicos y dentistas. En estos casos las prevalencias de consumo en pocas ocasiones superan el 15%. Así en Omán se estimó la prevalencia más baja, 11% [187] y en Libia la más alta, del 17%. En Arabia Saudí la prevalencia obtenida fue del 14,2% y en Qatar del 12%. A la vista de estos datos los resultados muestran que la prevalencia de consumo de tabaco obtenida entre los profesionales de la odontología es muy elevada, casi el triple de la de Omán o el doble que en Libia. Sin embargo, en otros estudios que se centraron en el colectivo médico las prevalencias son muy superiores. Así entre los médicos jordanos la prevalencia de consumo de tabaco fue del 43,6% [187], cifra muy similar a la obtenida en los Emiratos Árabes Unidos (43%) o Siria (40,7%). En Kuwait (31%) o Bahrein (23%) [100], [188], [104] las prevalencias obtenidas

fueron inferiores. Los datos en Europa varían enormemente según la región a la que hagamos referencia. En el año 1991, España, Grecia e Italia (fase III de la epidemia tabáquica) constituían los países europeos en los que la prevalencia de médicos fumadores era mayor (alrededor de un 40%), mientras que en el Reino Unido y los países escandinavos (fase IV) solo llegaba al 13-15% [189]. En el año 2000, las prevalencias en diferentes países europeos son diferentes y oscilan entre el 4% de Finlandia y el 22% de Italia. En un rango intermedio están países como Dinamarca, en donde fuman el 14% de los médicos, en Holanda el 17%, en Reino Unido el 7%, en Suecia el 13%, en Austria el 11%, en Bélgica el 9%, en Alemania el 7%, en Francia el 12%, en Grecia el 20%, o en Portugal el 21% [190]. Se observa un gradiente norte-sur, ya con prevalencias que va decayendo según vamos del sur al norte de Europa; el colectivo médico español, junto con el italiano, constituye uno de los que presentan mayor prevalencia de tabaquismo entre sus miembros.

El estudio del tabaco entre estudiantes de disciplinas relacionadas con la salud es un tema muy relevante, ya que muchos de ellos serán los profesionales sanitarios del futuro. La OMS realizó el estudio piloto de la Encuesta Mundial de Profesionales de la Salud en el año 2005 y encuestó a estudiantes de cuatro disciplinas de las seis regiones de la OMS. Los estudiantes encuestados de Albania procedían de odontología, medicina, enfermería y farmacia, en Argentina de medicina, en Bangladesh de odontología, en Croacia de medicina, en Egipto de medicina, en Bosnia-Herzegovina de enfermería, en India de odontología, en Filipinas de farmacia, en Serbia de odontología, medicina y farmacia y en Uganda de medicina y enfermería. La prevalencia osciló entre el 0,5% y el 47%, siendo la más baja la registrada entre los estudiantes de enfermería de Uganda, y la más alta la de los estudiantes de farmacia de Albania. En Palestina no hay información sobre la prevalencia del consumo de tabaco entre los estudiantes de ciencias de la salud. Solo se dispone de estimación de prevalencia entre estudiantes universitarios de pedagogía de la universidad de Al-Azhar (Gaza) en el año 2007 que era del 11,1% (31,1% hombres y 1,7% mujeres) [97].

En Palestina este es el primer trabajo en el que se estima la prevalencia de consumo de tabaco en dentistas, no así en el colectivo sanitario. El Ministerio de Sanidad Palestino realizó en 2008 un estudio en funcionarios de los hospitales de la Franja de Gaza, que puede dar una orientación sobre las prevalencias de consumo en este colectivo. La prevalencia de fumadores diarios palestinos entre los médicos se estimó en el 28,5% [6], 8,5 puntos porcentuales superior a la obtenida en esta ocasión en los dentistas. Esto puede deberse a que los médicos tienen más poder adquisitivo que los dentistas y en

Palestina el consumo de tabaco es un acto social bien visto, y esta alta aceptación social hace que los grupos sociales más influyentes o más acomodados fumen.

A pesar del limitado tamaño muestral el análisis en función del sexo es muy interesante. El consumo de tabaco entre los dentistas de Gaza es casi exclusivo de los varones, así entre los dentistas encuestados solo se ha identificado una mujer fumadora habitual y ninguna ocasional. Este hecho se debe, probablemente, a la mayor libertad masculina y a la existencia de menores restricciones para moverse en círculos donde sea frecuente el consumo. En este caso al comparar nuestros datos con los de otros países, se observa que las prevalencias de los fumadores varones, tanto habituales como ocasionales, italianos [191] y jordanos [110] superan a la de sus colegas palestinos, mientras estos últimos fuman más que los españoles [181] y saudíes [192]. El consumo de tabaco entre las odontólogas palestinas es anecdótico. Este resultado es interesante, ya que puede tener dos interpretaciones. Una es positiva y se centra en que si las mujeres con estudios no fuman esto constituye un arma más en la lucha antitabáquica, que puede frenar el consumo entre las mujeres. Otra interpretación, menos favorable, es que es probable que en el futuro, a medida que se avance por las etapas del modelo de evolución del consumo de tabaco, las mujeres se incorporen al consumo de tabaco. Si se sigue el modelo de los países occidentales, es más probable que sean las profesionales con estudios superiores las que primero se incorporen. Además en culturas en las que no está bien visto que las mujeres presenten comportamientos propios de los hombres, como fumar, a medida que estas sociedades evolucionan la adquisición de estas conductas podría ser en sí mismo un acto más de igualdad. Esto hace que este no consumo entre las dentistas palestinas sea un hecho muy relevante, y que trabajar para que esta situación no cambie con el tiempo sea imprescindible.

En la mayoría de los estudios se observa que la prevalencia de consumo de tabaco está muy influenciada por la edad de los encuestados. La edad media de los dentistas participantes en este estudio fue de 36,2 años. El estudio de Burgan [110], identifica a los menores de 40 años como el colectivo con mayor porcentaje de individuos fumadores. Un estudio [190] realizado en varios países de la UE (Dinamarca, Holanda, Reino Unido, Suecia, Finlandia, Austria, Bélgica, Alemania, Francia, Grecia, Italia y Portugal), estima que el 40% de los odontólogos tienen 40 años o menos, casi del 35% entre los 40 y los 50 años, y el 25% por encima de los 50 años. En España (2006) los odontólogos siguen esta distribución con 39,5%, 42,5% y 15% en cada uno de los grupos de edad respectivamente. En Palestina los odontólogos son más jóvenes que en Europa [190] y que en España [181], ya que el 72,4% tienen 40 años o menos. Esto nos ayuda a creer que la prevalencia de consumo aquí obtenida no subestima la prevalencia real, ya que los dentistas jóvenes están representados.

El análisis de la prevalencia de consumo en función del poder adquisitivo no permite clarificar el impacto de este en la prevalencia. Hemos observado que la prevalencia de consumo es igual con independencia de donde desarrollan los odontólogos su actividad profesional, pero los salarios de los que trabajan en la UNRWA son mucho más elevados. Esto podría entrar en conflicto con las afirmaciones que sostienen que en los países en fases iniciales de epidemia tabáquica el consumo se concentra entre los que tienen más poder adquisitivo. Otro dato que también contradice esta afirmación es que los dentistas que trabajan menos de 30 horas a la semana son los que más fuman. En este caso la interpretación es más complicada, porque podría ser que los que trabajan menos horas es porque no tienen necesidad de trabajar más debido a una mejor situación económica. Este punto, importante, queda sin explicar de forma satisfactoria en este estudio y en investigaciones posteriores el estudio del consumo de tabaco en relación con el poder adquisitivo de los profesionales debería ser un tema a estudiar.

El modelo de Prochaska y DiClemente es un potente predictor del cambio que pueda suceder en fumadores, en este caso resulta preocupante que ninguno de los encuestados se encuentre en fase de acción y solo el 15% están en fase de preparación, lo que supone que en los próximos 30 días habrán dejado de fumar. Aunque si tenemos en cuenta que el abandono del consumo de tabaco es un hecho cíclico, que sucede de forma gradual y progresiva, los resultados podrían ser esperanzadores, ya que el 30% de los encuestados están en fase contemplativa. Este porcentaje es ligeramente inferior al de la mayoría de los estudios sobre el proceso de abandono del tabaquismo que sitúa el porcentaje de contempladores a nivel poblacional en cifras próximas al 50%. Aunque el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente se emplea para estudiar en qué fase del proceso de abandono se encuentra un fumador también nos ayuda a aproximar la motivación que este presenta para dejar de fumar. Si un fumador tiene una motivación baja para dejar de fumar, con toda certeza esto implicará que las cifras de prevalencia no van a variar en un futuro próximo, ya que el cese en el consumo será muy improbable. El 54,5% de los odontólogos fumadores se encuentran en fase precontemplativa, lo que supone que en los próximos 6 meses no tienen intención de dejar de fumar y que podría interpretarse como que no están motivados para hacerlo, ya que las razones positivas que asocian a fumar son más importantes que las negativas. En estudios posteriores la introducción de algún cuestionario que nos permita conocer la motivación de los fumadores para dejar de fumar sería muy útil ya que ayudaría a la planificación de programas orientados a la deshabituación entre los profesionales de la odontología.

Los conocimientos sobre el impacto del consumo de tabaco en la salud son básicos a la hora de diseñar una política antitabáquica. Sobre este tema los resultados obtenidos por parte de los odontólogos palestinos muestran un conocimiento muy bueno, aunque ligeramente inferior al obtenido en otros estudios. Mientras que en el estudio de Allard [190], en el año 2000, en varios países europeos se muestra que el 2% de los odontólogos encuestados no señalan relación entre el tabaco y las enfermedades coronarias, el 1% dice lo mismo con respecto al cáncer pulmonar y laríngeo, así como para la enfermedad arterial periférica. En nuestro estudio los porcentajes son superiores: 4,7%, 2,3%, 3,5% y del 2,9%, respectivamente. En el mismo estudio anterior se dice que el 90% de los encuestados refiere relación entre tabaco y enfermedad periodontal, mala cicatrización de las heridas, leucoplaquia y cáncer oral, y el estudio de Arosa-López en odontólogos españoles [181] encuentra porcentajes entre el 89% y el 99%. En nuestro estudio vemos que los porcentajes también son ligeramente inferiores, entre el 80,7% y el 92,9%. En el estudio de Rikard-Bell en Australia en el año 2001 [193], el 86% de los odontólogos conocía la relación del tabaquismo con el cáncer oral, el 79% con el retardo de la cicatrización de las heridas, el 77% con la leucoplaquia y el 62% con la enfermedad periodontal. En el Reino Unido en 1995 [194] los odontólogos que reconocen una relación importante entre el tabaco y el cáncer de pulmón son el 99,6%, con las enfermedades coronarias el 96%, con las enfermedades periodontales el 49,6%, con la leucoplaquia el 84,8% y con el cáncer oral el 92,6%, coincidiendo esta última cifra con la obtenida por Burgan en Jordania [110].

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que el grado de conocimiento sobre los efectos del tabaquismo, tanto sistémicos como en la cavidad oral, de los odontólogos palestinos es bueno, aunque mejorable especialmente cuando se pregunta por la asociación entre consumo de tabaco y patología oral. El bajo tamaño muestral hace imposible analizar el impacto de la variable formación específica en materia de intervención antitabáquica. Tal y como se expuso en la sección de resultados, el conocimiento de la relación entre consumo de tabaco y diferentes patologías es mejor entre los que recibieron formación. Esta diferencia no es estadísticamente significativa y aunque la relevancia de las diferencias no es alta hay que destacar que los 0.6 puntos que separan a los que recibieron formación de los que no la recibieron son importantes. Pensar en formar a todos los profesionales sanitarios en deshabituación debería ser un hecho indiscutible. Esto aún es más importante entre colectivos, como el de los odontólogos palestinos, en donde la prevalencia de consumo en algunos grupos (en este caso las mujeres) es casi nulo, ya que aunarían a su papel de modelo social una buena formación en deshabituación. Sin embargo, también se debe destacar que conocer la relación existente entre consumo de tabaco y diferentes patologías no implica actuar en consecuencia. En nuestro estudio, a

pesar de este conocimiento, la IMAT solo es llevada a cabo por 3 de cada 10 de aquellos que reconocen el consumo de tabaco como un agente causal en el desarrollo de las distintas patologías descritas.

El 96% de los odontólogos palestinos piensan que el tabaco es perjudicial para la salud, el 85% creen que es su deber convencer al paciente fumador para que deje de fumar, mientras que el 78% piensa que, sin ser una obligación, sí es una actividad importante que deben desarrollar. Del 85% de los que creen en esta obligación, el 100% realiza IMAT. Si bien, destaca que el 87% de los que creen en la importancia del papel del consejo, solo el 33,1% practica IMAT. También es importante destacar que el 48,3% de los encuestados afirman que no es una función del odontólogo la ayuda antitabáquica al paciente. La valoración de estos datos puede interpretarse en términos de tiempo y en términos de formación. Ambas interpretaciones se pueden analizar de forma conjunta, ya que si la gran mayoría ven el consumo de tabaco como un problema de salud que creen deben transmitírselo a sus pacientes, ¿por qué no realizan intervenciones antitabáquicas?, ¿podría ser por falta de tiempo en la consulta?, o ¿por falta de formación sobre cómo realizarlo?, o ¿sobre su papel educador que pueden tener ellos mismos localizado en otros profesionales de la salud?.

A partir de la información obtenida tras el análisis de las creencias sobre el tabaco surge la necesidad de valorar en profundidad si los odontólogos palestinos piensan que ellos pueden o están capacitados para actuar como garantes o responsables de la salud de sus pacientes. El análisis de sus creencias hace pensar que los odontólogos palestinos creen que sus pacientes no aceptarían su consejo ni lo tendrían en cuenta en caso de que este se llegase a producir. Este pensamiento probablemente sea una de las causas que frene la intervención en tabaquismo. Se debe hacer una llamada de atención a estos profesionales ya que parece que no son conscientes del papel que tienen en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades. Los odontólogos deben ser conscientes de que, al igual que otros profesionales como los médicos, enfermeros y farmacéuticos, su papel en la intervención antitabáquica es importante y legítimo (el 50% cree que no lo es). En este caso la amplia cobertura de la asistencia bucodental, la facilidad con la que la población accede a los cuidados, junto con la cobertura geográfica y el rango de edad de la población que tratan los coloca como unos profesionales clave. A raíz de estos resultados surge la necesidad de conocer quiénes son para los odontólogos palestinos los profesionales que deben aconsejar sobre tabaco. Probablemente los odontólogos vean a los médicos como los profesionales competentes en la intervención, aunque no se dispone de esta información. Formar a los odontólogos como profesionales sanitarios competentes en la promoción de la salud de sus pacientes y hacerles ver que su papel en el tabaquismo es legítimo podría traducirse en

un aumento de la intervención y por lo tanto en un descenso de la prevalencia de consumo poblacional. En otros países la importancia que los dentistas le dan al valor de su consejo también es baja, así en un estudio realizado en Escocia [194] en el año 1995 se afirmó que escasamente más de la mitad de los odontólogos encuestados creen que el consejo antitabáquico es una actividad importante. Pero otros estudios encuentran resultados positivos, así en estudio llevado a cabo en el Reino Unido [195] en el año 1997, el 82% de los encuestados creen que los dentistas deberían aconsejar en el cesamiento tabáquico a los pacientes fumadores. Otros estudios realizados en el mismo país fijan en el 75% el porcentaje de profesionales que creen que es importante aconsejar al fumador [184, 196], en el estudio realizado por Allard [190] en el año 2000 en varios países europeos el porcentaje estimado es similar, del 68%. En España en el año 2006 la importancia del consejo es percibida por el 83,4% de los odontólogos [181], aunque en un estudio realizado en la Comunidad de Madrid en el año 2008, las cifras disminuyen hasta el 50,5%. En Norteamérica [180, 197], entre el 70-80% de los odontólogos consideran que deberían intentar convencer a los pacientes para que dejen de fumar, porcentaje que asciende hasta el 96% en estudios locales realizados en el centro de EE.UU [198]. En otros estudios en el estado de Nueva York [199], los resultados se situaron en torno al 70%. Cifras similares se obtuvieron en estudios realizados en Australia [193], 70% (año 2001); en Nueva Zelanda [200], 59% (año 1995); y en Jordania [110], 77% (año 2003).

Las creencias relacionadas con el impacto que tendrían diferentes acciones legislativas sobre el consumo de tabaco muestran que la percepción de las mismas está condicionada por el estatus de fumador, y en especial cuando estas acciones podrían incidir, o tener efectos, directamente en ellos. Así las acciones con las que se muestra menos de acuerdo, especialmente entre los odontólogos fumadores, son la restricción de consumo en lugares públicos y el aumento del precio del tabaco. Esta última acción es una de las medidas más efectivas en la reducción del hábito en edades adolescentes y en clases sociales con bajo status económico [181]. En un estudio realizado entre dentistas españoles los resultados en relación con el aumento de precio son similares [181]. En relación con la prohibición de la publicidad los porcentajes de acuerdo están en consonancia con los de otro estudio realizado en Irlanda [201] y en España [181].

Al preguntar sobre cómo piensa el odontólogo respecto a las repercusiones que tendría incluir actividades antitabáquicas en la práctica de su clínica, dos de cada tres piensa que sería beneficioso, mientras que una tercera parte piensa que sería perjudicial o no tiene opinión al respecto. Las repercusiones que tendría la inclusión de consejos en la prosperidad de la clínica es una variable

importante, ya que una percepción negativa frenaría la participación del colectivo en la deshabituación tabáquica. En este punto el consumo de tabaco por parte del odontólogo condiciona los resultados, así solo la mitad de los fumadores creen que mejoraría la clínica frente a más del 70% de los no fumadores. Además podría suceder que la poca confianza en el éxito del esfuerzo realizado condicione los resultados de esta pregunta ya que los odontólogos palestinos son muy escépticos sobre el impacto de su consejo, más del 80% creen que los fumadores no dejarían el tabaco aunque ellos se lo aconsejasen. Este porcentaje es similar al encontrado en otros estudios llevados a cabo en Norteamérica [199] [202] y superior al obtenido en Europa (66%). Si bien cabe destacar que cuando se pregunta por el impacto del consejo entre la población adolescente el impacto percibido del consejo proporcionado es muy bajo [203].

El tener dudas sobre la efectividad del consejo constituye además de una creencia ampliamente difundida, una barrera muy importante para el 65,2% de los encuestados. Esta barrera también se percibe en otros estudios en porcentajes similares [204] [181] y en ocasiones superiores [205], con cifras en torno al 75%.

Otra de las barreras identificadas es la resistencia por parte de los pacientes al consejo, el 68,8% de los odontólogos palestinos las identifica como una barrera importante. En este punto aparece cierta discrepancia entre diferentes estudios que preguntaban por la percepción de esta barrera. Así en el estudio de Arosa-López [181] en España señalaba que el 42,7% de los odontólogos opinan lo mismo y otro estudio realizado en la región de Oxford [195] sitúa este porcentaje en el 39%. Allard [190], cuando estudió diferentes países europeos, obtuvo cifras similares a la aquí presentada (73%), lo mismo que sucedió en un estudio en dentistas de Nueva York (65,9%) [199]. Campbell [180] en Canadá estimó que un 94,3% de los encuestados identificaban las resistencias o quejas por parte del paciente como una barrera tan importante como para no llevar a cabo actividades antitabáquicas. Probablemente la tipología de pacientes atendidos por los odontólogos encuestados condicione las respuestas y estudios en donde se incluyen diferentes países o colectivos que se dedican a la odontología pública o a la privada podrían condicionar los resultados.

El 73,4% de los odontólogos palestinos están de acuerdo en que el tiempo requerido en el consejo antitabáquico constituye una barrera. Esta barrera es compartida como tal en diversos estudios [205, 206], siendo los porcentaje de percepción similares a los obtenidos en este estudio. En estudios realizados en otros países como EE.UU (46%-51,5% de acuerdo) [170, 199, 204]; Australia (61% de

acuerdo) [202]; España (58,4%) [181] o Reino Unido (49,6%-52%) [194, 195] la percepción del tiempo como barrera es menor aunque también elevada. Destacan los datos de Allard [190] procedentes de distintos países europeos en 2000 con un 83% de odontólogos que perciben el tiempo como barrera y el dado por Gerbert [205] en California con un 80%. Los recursos disponibles y la cantidad de población atendida en cada uno de los países, condiciona en gran medida los resultados. Cuando en vez de a odontólogos se les preguntó a higienistas [182] la percepción del tiempo como barrera queda difuminada y solo es percibida por el 26,7%. Probablemente en consultas en donde el dentista se vea apoyado en su trabajo por otros profesionales esta barrera tendrá menos importancia. En nuestro estudio no se preguntó específicamente por cómo estaba constituida la consulta odontológica en función de la dotación de personal.

En nuestro estudio observamos que el consejo en la clínica sobre el abandono del tabaco es realizado fundamentalmente por el odontólogo (55,7%), y solo el 10,2% es realizado por el equipo auxiliar y otros. Lo que llama la atención es la existencia de un 34,1% de odontólogos palestinos que declara no llevar a cabo estas actividades. En nuestro estudio el dentista tiene un peso específico muy importante en el equipo en lo referente al consejo antitabáquico. Pero se debe hacer ver al dentista que el consejo antitabáquico puede ser dispensado por personal auxiliar debidamente capacitado para esta labor, lo que podría suponer una solución al problema relacionado con la percepción del tiempo necesario como barrera. Así un mejor reparto de esta responsabilidad, delegando actividades en las que el dentista no es imprescindible, podría hacer aumentar el porcentaje de dispensación de consejo. En un estudio sobre higienistas en Iowa [182] al preguntar sobre la identificación del responsable de las actividades antitabáquicas se observó que el 51% fueron hechas por el odontólogo, pero el 47,6% fueron realizadas por los higienistas, y el resto por el equipo auxiliar. En el estudio de Campbell [180] en Canadá, el 29% de los encuestados, dentistas, piensan que el consejo es responsabilidad de los auxiliares y solo el 17% siente que es una actividad exclusiva del titulado superior. En cambio en España [181] el 64,7% de los odontólogos españoles aconsejan ellos mismos y el consejo realizado por los auxiliares no llega al 1%. En este punto es importante destacar que cuando se instruya a los odontólogos en la importancia de la realización de consejo se debe hacer también hincapié en la capacitación de los higienistas y de los auxiliares en esta misión.

En lo tocante a la no compensación económica por el tiempo empleado, es decir, a una falta de reembolso de las actividades antitabáquicas como una barrera más a vencer, el 65% piensan que efectivamente esta barrera tiene suficiente importancia. Encontramos que esta proporción está en

concordancia con la dada por Allard [190] en varios países europeos, en los que la media de dentistas de acuerdo con que esta falta de reembolso constituía una barrera era del 64%. Ligeramente inferiores son los datos de Dolan [170] en un estudio en los EE.UU con un 45%, por Hayes [204] limitándose a Massachusetts con un 38%, por Chestnutt [194] en Escocia con un 41,5% y por Arosa-López [181] en España con un 38,4%. Un estudio del año 2000 muestra que en comparación con otros profesionales sanitarios, los odontólogos citan con mayor frecuencia esta falta de mecanismos de reembolso [207]. El poder adquisitivo de los dentistas y la situación económica del país podrían condicionar estos resultados. Además que la práctica de consejo se realice en el ámbito público o privado es muy importante. En este caso todos los odontólogos que han participado trabajan en la sanidad pública, pero algunos también lo hacen en la sanidad privada y el no haber diferenciado esta barrera en función de dónde realizan la práctica clínica hace que no se pueda caracterizar del todo el alcance de esta barrera, que tiene un impacto a priori más importante cuando la actividad se realiza en la consulta privada.

También se consideró la falta de formación en la ayuda al cese como barrera y esta fue identificada como tal por el 60,6%. Estas cifras son similares a las obtenidas en otros estudios realizados en países más desarrollados como España, en donde la falta de formación fue identificada por el 55,7% [181] y el Reino Unido [195] con un porcentaje del 44% respectivamente. Destacan los datos proporcionados por Gerbert [205] que fijó la formación como barrera autodeclarada por un 85% de los profesionales encuestados en EEUU. Estos datos resaltan la necesidad de formación reglada en temas de deshabituación dirigida a los profesionales sanitarios, independientemente de la localización del país.

En Palestina la disponibilidad de materiales de ayuda para instruir al paciente es baja, por lo que a priori esto podría ser una barrera más importante que en otros países en donde los recursos económicos son mayores. Sorprendentemente los datos de este estudio (percepción de barrera por un 71,4%) son similares a los obtenidos en España [181] (64,2%), en distintos países europeos (70%) [190] e inferiores a los obtenidos en Australia (87%) [202].

Otra de las barreras identificadas como importantes por el odontólogo fue la no disponibilidad de fuentes de referencia en la ayuda al paciente. En este punto también cabría pensar que la posición de los odontólogos de Palestina en comparación con la de otros países europeos o de Norteamérica sería peor debido a la situación económica y social del país. Los datos muestran que los odontólogos

encuestados perciben esta barrera (65,6%) en una proporción similar a los de otros países como Estados Unidos o Australia [204] [202] [182].

El análisis del rol modélico de los odontólogos palestinos permite identificar un área en donde la mejora es importante. El 40% de los dentistas fumadores fuman en la consulta delante de los pacientes. Esto supone que el profesional sanitario “prescribe” un comportamiento, lo normaliza entre sus pacientes. Además este hecho limita totalmente su labor de sensibilizador social, de educador sanitario frente a un factor de riesgo tan importante para la salud como es el tabaco. En este punto se espera que en estudios posteriores esto haya cambiado, ya que tras la realización de este estudio, el día 18 de junio de 2009 se prohibió el consumo de tabaco en las consultas. También destaca que más del 75% de los odontólogos fuman en casa delante de su cónyuge o hijos. El no poder diferenciar al cónyuge de los hijos no permite establecer de forma nítida el impacto del consumo en los hijos. En estudios posteriores se plantea la necesidad de diferenciar el consumo delante de la mujer y de los hijos, ya que este dato es importante tanto por el riesgo que supone para los hijos el consumo de los padres, en términos de imitación de conductas y de exposición al humo ambiental de tabaco, como por el impacto que tiene el hecho de proteger a los hijos como medida de actuación frente a un fumador. A partir de los datos de este estudio se puede estimar que, como mínimo, la prevalencia de exposición al humo ambiental de tabaco en los hogares de los odontólogos fumadores es el 76% o que en aproximadamente el 20% en los hogares de los odontólogos los convivientes están expuestos al humo ambiental de tabaco.

El 67,6% de odontólogos no permiten a los pacientes fumar en la consulta. Sorprendentemente estos datos son similares a los obtenidos en distintos países de Europa en donde 3 de cada 4 odontólogos no permitían fumar en la consulta [190]. Ya con una diferencia mayor está Simoyan [199] en Nueva York que fija en un 92,8% el porcentaje de dentistas que prohíben fumar a los pacientes y un 86,6% que no se lo permiten al personal. Clover [202] en Australia estima este porcentaje en un 99%, Chestnutt [194] con un 95,3% y Laskin [208], entre cirujanos maxilofaciales, con un 90,7%, si bien es preciso destacar que estos dos últimos estudios fueron realizados sobre colectivos que ejercían en un ámbito hospitalario. Por otro lado, Arosa-López [181] en España obtienen un porcentaje ligeramente inferior: 71,3%, y McCarten [201], en Irlanda, en el año 1993, lo estima en un 59%, por lo que también aquí podemos afirmar que nos encontramos en una situación acorde con varios países europeos.

El porcentaje de dentistas que preguntan de forma rutinaria, entendiéndose este término como el 90% de las veces, por el consumo de tabaco es bajo (31,2%). Si añadimos a los que preguntan de forma rutinaria los que lo hacen la mayoría de las veces el porcentaje asciende al 62,3% de odontólogos. Pero los datos empeoran más cuando se les pregunta por el registro de este dato en la historia clínica, ya que registran menos de la mitad. Si bien este porcentaje asciende al 61,2% cuando solo se tiene en cuenta el registro realizado por los que siempre preguntan. El hecho del registro constituye un elemento favorecedor a la hora de dispensar consejo y realizar actividades antitabáquicas. El porcentaje de registro está por debajo de lo encontrado en los estudios realizados en España [181] 73,8%; en Estados Unidos, 71,2% de registro entre cirujanos maxilofaciales [208] o 74% entre dentistas [205]; y en el Reino Unido [194] con un 64,2% de registro entre dentistas. Encontrar las razones por las que no se registra el consumo es importante para poder intervenir sobre ellas. La falta de tiempo o la falta de formación entre los odontólogos palestinos podrían explicar este problema. Aunque es esperanzador que el registro en la historia sea más alto entre los que siempre preguntan por el consumo. Este porcentaje es mejorable y el aproximadamente 35% de los odontólogos que preguntan siempre, pero que no registran siempre, deberían recibir información sobre la importancia del registro como un elemento indispensable para la deshabituación.

A pesar de que a priori el porcentaje de dentistas que preguntaban por el consumo de tabaco parecía excesivamente bajo, cuando comparamos estos resultados con los de otros estudios se observan cifras similares. Así en un estudio realizado en diferentes países europeos [190] solo una tercera parte de los dentistas preguntan sobre el tabaquismo a sus pacientes con regularidad. Podemos decir que ningún país estudiado en el contexto europeo supera las cifras de nuestro estudio. Los países en donde los dentistas preguntan con más regularidad por el consumo de tabaco a sus pacientes son Suecia, Francia, Grecia y Portugal con porcentajes superiores al 50%. En Norteamérica los datos son mejores. En Canadá [183], el 88% de los encuestados preguntan sobre el hábito tabáquico a sus pacientes por lo menos alguna vez. En Estados Unidos las cifras varían en función de los estudios, así en Nueva York [179] se alcanzan porcentajes del 90% y en un estudio a nivel nacional realizado en 1997 [170] [42] se estima en el 60% el porcentaje de dentistas que preguntan rutinariamente sobre el consumo de tabaco. Estudios realizados a nivel local proporcionan porcentajes menores; Margolis [209] en Texas estima este porcentaje en el 40%, Logan [210] en Iowa en un 44%, Dodds [211] en Minnesota en un 55% o Hayes [204] con un 24% en Massachusetts. En países como Australia [193], el porcentaje es bajo (14%) y en Finlandia [212] solo llega al 8% el porcentaje de

odontólogos que preguntan rutinariamente. En cuanto los higienistas, Chambers [182], señala que el 4,6% preguntan de forma rutinaria.

El 52,1% de los odontólogos palestinos aconsejan a los fumadores que acuden a su consulta que dejen de fumar, el 23,9% (IC95% 17,3-30,5) la mayoría de las veces y el 28,2% (IC 95% 21,2-35,2) de forma rutinaria. En España [181] el porcentaje de dentistas que realizan consejo es 10 puntos porcentuales inferior y en Estados Unidos [42, 170, 179] [204] las cifras oscilan entre el 40 y el 60%. En el Reino Unido las cifras de consejo son elevadas; así en Escocia el 40% de los dentistas aconsejan rutinariamente o con bastante frecuencia, y el 50,2% ocasionalmente [194] y en un estudio realizado en la región de Oxford, estas cifras oscilan entre el 17% que aconseja rutinariamente y el 64% que lo hace la mayoría de las veces [195]. En los países del Norte de Europa, como Finlandia [212] y Suecia [213] los odontólogos realizan muy poco consejo.

Merece la pena destacar que los odontólogos que preguntan y registran realizan más consejo. Por lo que una vez que han cumplido con las dos primeras etapas: preguntar y registrar, el consejo es realizado con mucha frecuencia.

El consejo practicado a pacientes con patologías asociadas al consumo de tabaco o a colectivos de riesgo, como las embarazadas, es muy positivo. Así más del 75% de los odontólogos palestinos aconseja por rutina a aquellos pacientes que padecen patologías pulmonares; en las vías aéreas altas y patología cardíaca; y aconsejan a las embarazadas en el 87,7% de los casos. En Estados Unidos [210] el porcentaje de odontólogos que aconsejan es menor, tanto cuando este se realiza a pacientes con un alto riesgo de cardiopatías o embarazadas, en donde el consejo no llega al 50%, al igual que en Australia [202] y Europa [190].

La adolescencia es un período muy importante para ofrecer el consejo y así evitar la adopción permanente del hábito, o simplemente, prevenir el inicio. El 55% de los dentistas palestinos aconsejan rutinariamente a todos los adolescentes y el 16,4% la mayoría de las veces. En España estas cifras son ligeramente inferiores, 41,5% y 14,3% respectivamente. Clover [202], en Australia, se estima en el 48% el porcentaje de dentistas que suelen aconsejar a los adolescentes el no inicio en el hábito. Skenkin [203], en los EE.UU., encuentra que más de la mitad de los dentistas aconsejan como mínimo la mayoría de las veces a los adolescentes que ya son fumadores.

Un factor muy importante para la eficacia del consejo es el tiempo dedicado a la dispensación del mismo. Un consejo de tres o más minutos por paciente aumenta la tasa de éxito. El 60,7% de aquellos que aconsejan, le dedican por debajo de estos tres minutos a cada paciente. Estos datos coinciden con los del estudio de Margolis [209] en dentistas de Texas y superan los dados por Gerbert [205] en California, que señala que solo igualan o superan los tres minutos el 11% de los odontólogos encuestados. En estudio de Arosa-López en España [181], la mitad de los que aconsejan se dedican por debajo de tres minutos a cada paciente.

La ayuda facilitada puede consistir en algo más que el consejo, si bien este constituye la ayuda más frecuentemente dispensada, seguida por el uso de folletos/trípticos y el soporte farmacológico. Simoyan [179] señala que en la zona de Nueva York menos de un cuarto de las clínicas tienen material para la educación antitabáquica en las áreas de recepción de los pacientes. Hayes [204] recoge en su estudio que en Massachusetts el 15% proporciona materiales de autoayuda para casa, el 9% administra parches transdérmicos y el 3% chicles de nicotina. En la región de San Francisco, el 31% de los dentistas facilitan panfletos u otros materiales educativos antitabáquicos a aquellos pacientes fumadores [205]. En EE.UU., a escala nacional, el 32% de los dentistas proporcionan materiales de autoayuda a los pacientes fumadores, el 1% administra chicles y el 16% parches de nicotina. En Canadá, Campbell [180] señala que el 13% de los odontólogos ofrece trípticos y el 5% prescribe chicles de nicotina. En Australia solo el 2% de los dentistas proporcionan chicles de nicotina y en Nueva Zelanda los trípticos son empleados por el 20% de los dentistas que ayudan, y el 6% recomiendan a los substitutos de la nicotina [200]. En los cirujanos maxilofaciales el 27,8% proporciona un tríptico a todo paciente que desea dejar de fumar [208]. En España, Arosa-López [181], señala que el dar folletos, fármacos o artículos para leer al paciente en casa son otras herramientas empleadas, todas con un peso específico muy similar, en torno el 8% de las veces que se ayuda al paciente en la cesación. La situación social de Palestina limita o frena de una forma importante el uso de materiales y de fármacos, ya que la disponibilidad de ambos no está garantizada.

A partir de nuestros resultados podemos afirmar que aquellos odontólogos palestinos que recibieron algún tipo de formación en deshabituación tabáquica dispensan más ayuda, casi el doble que los que no recibieron formación para el cese del tabaquismo a sus pacientes. En este resultado se incluye la formación reglada, como es la recibida en la facultad, los programas de formación continuada, los clubs de estudios, y aquella menos estructurada como vídeos publicitarios, folletos, etc. Si bien esta información no se puede analizar ya que el tamaño muestral es muy reducido y el

número de odontólogos que recibieron formación específica es de 36, lo que supone un 21% de los odontólogos estudiados. Lodi [191], en el norte de Italia, también afirma que el porcentaje de odontólogos que tienen formación en técnicas de cesación tabáquica es muy limitado. De hecho, un estudio sobre la formación en las facultades europeas en materia antitabáquica revela que solo la mitad cubre esta necesidad de formación [214], a pesar de que existe un deseo claro en recibir esta formación específica [215]. De este modo, la mayoría de los dentistas no recibieron formación y se sienten incompetentes para facilitar ayuda a sus pacientes [194] [205] [158]. McCann [216], en un estudio sobre odontólogos escoceses, muestra que solo el 3% recibieron formación antitabáquica y que el 50% de los encuestados desean recibirla.

Incluso, según se pone de manifiesto en el estudio de Arosa-López [181], el 44,2% de los odontólogos españoles que sí recibieron formación específica antitabáquica previamente estarían muy dispuestos a recibir más formación. Cifras similares se obtuvieron en un estudio realizado en Oxford [195], en donde un 31,4% de sujetos dentistas recibirían más información de la que se les ha proporcionado.

En los EE.UU., Skenkin [203] encuentra una prevalencia de formación de los odontopediatras del 18% y Hayes [204] afirma que el 80% de los odontólogos americanos no recibieron formación específica ninguna, y en la región de Massachusetts este porcentaje aumenta hasta el 90%. Este mismo autor afirma que el 55% de los dentistas norteamericanos están como mínimo algo deseosos de recibir formación antitabáquica, y que, más concretamente, en esa región de Massachusetts el porcentaje alcanza el 68%. Block [198] cifra este deseo en el 61,1%, al referirse a los dentistas del medio oeste americano. Dolan [170], también en los EE.UU., dice que solo el 14% de los dentistas encuestados recibieron formación antitabáquica. En Canadá, un tercio de su colectivo odontológico desea recibir más formación [180]. En Nueva Zelandia, la proporción baja a un 3% de dentistas con formación específica [200], y Clover [202] afirma que el 31% de los dentistas australianos están muy deseosos de recibir formación antitabáquica, porcentaje que aumenta al 52% incluyendo también a los que están algo interesados.

Un estudio realizado en higienistas en EE.UU. [182], encuentra que el 43,5% recibieron formación específica procedente de cursos de formación continuada, y que el 33% la recibieron durante su propia formación como higienistas, ya que la labor frente al tabaquismo puede ser perfectamente realizada por los higienistas.

Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de formación en materia de deshabituación tabáquica en todo el mundo, haciendo ver que el impacto de diferentes campañas de formación realizadas sobre el colectivo sanitario podría ser muy positivo. Esto no debería ser pasado por alto, ya que al compararnos con otras naciones, vemos que en Palestina los deseos de recibir más información antitabáquica entre los dentistas es importante.

Los odontólogos de Palestina prefieren autoformarse (bien con pósters o con artículos) más que acudir a programas de formación continuada. Esto es diferente a lo que sucede entre los odontólogos europeos [190] o españoles [181], que optan en mayor medida por los cursos. Aunque la opción del uso de folletos es importante en cualquiera de los estudios mencionados, además de en uno realizado en Australia [193] en donde es la opción preferida. Algunos odontólogos palestinos piensan que la información debería llegar a través de campañas promovidas por la religión en las que se informará sobre la prohibición del tabaco en el Corán y su influencia negativa sobre la salud.

El 78,4% de los odontólogos están dispuestos a participar en campañas organizadas y destinadas a promover el abandono tabáquico. Debemos especificar que el 73,4% de los odontólogos palestinos lo haría si esta va dirigida a todos los fumadores en general, y el 26,6% solo si va dirigida a aquellos que presentan algún tipo de patología oral asociada al consumo. Son estos unos datos muy en concordancia con los obtenidos Arosa-López [181] en España y que son, respectivamente: 73,9% y 23%, y por Allard [190] en varios países europeos, en los que se cifra el 55% de dentistas que cooperarían si la campaña que se dirige a los fumadores en general y el 29% solo si esta se orienta a los que padecen patologías orales producidas por su hábito tabáquico.

Sin embargo, la no participación en campaña antitabáquica de ningún tipo llega al 27,1% de los odontólogos palestinos. El tiempo requerido para participar en campañas (12,9%) y las dudas existentes con respecto a su efectividad (6,4%) son las principales razones de la negativa. A ambas razones habría que hacer frente en el caso de intentar llevar adelante una campaña y al mismo tiempo tendría que implicar a otros miembros del equipo en la labor de consejo y ayuda a los pacientes fumadores.

El Índice de Adherencia (IA) de las cuatro escalas valoradas (creencias, actitudes, creencias legislativas y barreras para la incorporación de actividades) muestra resultados que si bien son altos en general difieren de una a otra escala. Así el IA más bajo es el asociado a las barreras para la

incorporación de medidas antitabáquicas en la clínica dental y el más alto es el que valora las actitudes frente al tabaquismo. Que las escalas incluyan ítems con aspectos subjetivos, o que el odontólogo no puede controlar o saber de antemano (por ejemplo resistencia, instrucción, aceptación de asesoramiento...) hace que la adherencia a la escala disminuya. El IA a las escalas fue más alto entre no fumadores, lo que permite objetivar a los fumadores como un grupo diana a la hora de trabajar en consejo antitabáquico o incluso de orientar hacia ellos actividades de deshabituación específicas. Además se percibe que entre los odontólogos que tienen un nivel de estudios superior la percepción de barreras a la incorporación de actividades de deshabituación en la práctica habitual de su clínica y la valoración de las acciones legislativas es mejor que entre los que son licenciados. Una vez más se aprecia que la formación mejora las actitudes de los odontólogos frente al tabaquismo.

El Índice de Posición frente a los diferentes ítems incluidos en las escalas es alto en general, excepto cuando hace referencia a su actividad clínica. Se percibe que los odontólogos en cuanto se les pregunta por cuestiones relacionadas con la relación paciente-profesional sanitario son menos proclives a presentar actitudes adecuadas. Esto puede estar ocasionado, en parte, por la falta de formación en deshabituación tabáquica lo que los hace estar inseguros frente a su actuación como consejeros en deshabituación. Formar vuelve a ser el punto clave. La formación en este colectivo debería reglarse, ya que en países como Palestina los importantes problemas sociales pueden estar desdibujando o poniendo en un segundo plano la importancia de problemas de salud tan prevalentes como el tabaquismo. La difusión de materiales orientados a la formación del propio clínico y de los pacientes que atiende serían instrumentos valiosos. Además la formación en tabaquismo de los profesionales sanitarios debería ser impuesta y formar parte del curriculum de cualquier disciplina orientada a formar profesionales de la salud.

6.- CONCLUSIONES

Conclusiones

1.- La prevalencia de tabaquismo en los odontólogos de Gaza es más elevado que en la población general de Palestina.

2.- El consumo de tabaco es casi un hábito exclusivo de los varones.

3.- La razón principal por la que dejaron de fumar los exfumadores fue para proteger su salud.

4.- Los odontólogos palestinos son conscientes de los efectos negativos del tabaco sobre la salud, pero ello no es suficiente para que estos abandonen el hábito.

5.- La adicción a la nicotina es baja/moderada entre los fumadores habituales.

6.- Las odontólogas palestinas parecen relaizar más IMAT que sus colegas los varones.

7.- Las principales barreras para no realizar ninguna intervención en tabaquismo identificadas por los odontólogos son el tiempo necesario, la falta de material y la falta de apoyo por parte de la dirección.

8.- Los factores que determinan la dispensación de IMAT son los conocimientos, las creencias sobre tabaco, percepción de barreras y la formación en tabaquismo.

Por todo ello creemos que formar a los odontólogos en tabaquismo es una cuestión fundamental.

7. - BIBLIOGRAFÍA

- [1] PCBS:Palestinian Central Bureau of Statistics. Palestine in Figures 2009. Ramallah – Palestine 2010.
- [2] WHO. Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, en el Golán sirio ocupado – del Observador Permanente de Palestina ante la Oficina de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales in Ginebra, 63ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra; 2010. Report No.: A63/INF.DOC./5.
- [3] U.S. Department of State. The Oslo Accords, 1993. Department of State – Diplomacy in Action. 2009.
- [4] WHO. Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, en el Golán sirio ocupado – del Observador Permanente de Palestina ante la Oficina de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales in Ginebra, 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra; 2008. Report No.: A61/INF.DOC./4.
- [5] WHO. Misión sanitaria especializada de la OMS enviada a la Franja de Gaza con arreglo a lo dispuesto por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su resolución EB124.R4, adoptada el 21 de enero de 2009. Ginebra; 2009. Report No.: A62/24 Add.1.
- [6] Ministerio de Salud Palestino. Gaza: Ministerio de Salud Palestino 2010. Consultado el 3 de Julio de 2010. Disponible en www.moh.gov.ps/.
- [7] CDC. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health,; 2004.
- [8] Christen AG. The impacts of tobacco use and cessation on oral and dental diseases and conditions. Am J Med Sci. 1992; 93;Suppl. 1:25S-31S.
- [9] Christen AG, Glover ED. Tobacco education and "quit smoking" programs in the dental office and community. The why's and wherefores. Oral Health 1985;75(2):83-8.
- [10] Winn DM. Tobacco use and oral disease. J Dent Educ 2001;65(4):306-12.
- [11] FDI World Dental Federation. Position statement on tobacco. FDI-World 1996:5(6):9.
- [12] Hart GT, Brown DM, Mincer HH. Tobacco use and dental disease. J Tenn Dent Assoc. 1995;75(2):25-7.
- [13] Albandar JM, Streckfus CF, Adesanya MR, Winn DM. Cigar, pipe and cigarette smoking as risk factors for periodontal disease and tooth loss. J Periodontol 2000;71(12):1874-81.
- [14] Bergstrom J. Cigarette smoking as a risk factor in chronic periodontal disease. Community Dent Oral Epidemiol 1989;17:245-7.
- [15] Haber J. Smoking is a major risk factor for periodontitis. Current Opinion Periodontol 1994:12-8.
- [16] Johnson GK, Slach NA. Impact of tobacco use on periodontal status. J Dent Educ 2001;65(4):313-21.
- [17] U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of using smokeless tobacco: a report of the advisory committee to the surgeon general. Washington: DC. Government Printing Office, USPHS Pub. N. NIH 86-2874 1986:23.
- [18] Clover ED, Schroeder KL, Henningfield JE, Severson HH, Christen AG. An interpretative review of smokeless tobacco research in the United States: part I. Drug Educ 1988;18:285-310.

- [19] Christen AG, McDonald JL, Christen JA. The impact of tobacco use and cessation on nonmalignant and precancerous oral and dental diseases and conditions: a comprehensive review. Indianapolis: Department of Preventive and community Dentistry, Indiana University School of Dentistry. 1991.
- [20] Van Wyk CW. The oral lesion caused by snuff: a clinic-pathological study. *Med Proc: Mediase Bydraes*. 1965;11:531-7.
- [21] Christen AG, McDaniel RK, Doran JE. Snuff dipping and tobacco chewing in a group of Texas college athletes. *Texas Dent J*. 1979;97:6-10.
- [22] Severson HH, Eakin EG, Lichtenstein E, et al. The inside scoop on the stuff called snuff: an interview study of 94 adult male smokeless users. *Journal Substance Abuse* 1990;2:77-85.
- [23] Alexander AG. The relationship between tobacco, smoking, calculus and plaque accumulation and gingivitis. *Dental Health*. 1970;9:6-9.
- [24] Arno A, Waerhaug J, Lovdal A, et al. Incidence of gingivitis as related to sex, occupation, tobacco consumption, tooth brushing and age. *Oral Surg* 1958;11:587-95.
- [25] Ismail AI, Burt BA, Eklund SA. Epidemiologic patterns of smoking and periodontal disease in the United States. *J Am Dent Assoc* 1983;106:617-21.
- [26] Bergstrom J, Preber H. The influence of cigarette smoking on the development of experimental gingivitis. *J Periodontol Res* 1986;21:668-76.
- [27] Danielsen B, Manji F, Nagelkerke N, et al. Effect of cigarette smoking on the transition dynamics in experimental gingivitis. *J Clin Periodontol* 1990;17:159-64.
- [28] McGregor I. Tooth brushing efficiency in smokers and non-smokers. *J Clin Periodontol*. 1984;11:313-20.
- [29] Zambon JJ, Grossi SG, Machtel EE, et al. Cigarette smoking increase the risk for subgingival infection with periodontal pathogens. *J Periodontol* 1996;67:1050-4.
- [30] Obeid P, Bercy P. Effects of smoking on periodontal health: a review. *Adv Ther* 2000;17(5):230-7.
- [31] Mirbod SM, Ahing SI. Tobacco-associated lesions of the oral cavity: Part I. Non Malignat lesions. *J Can Dent Assoc* 2000 66(5):252-6.
- [32] Kaldahl WD, Johson GK, Patil KD, et al. Levels of cigarette consumption and response to periodontal therapy. *J Periodontol* 1996;67:675-82.
- [33] Preber H, Kant T. Effect of tobacco smoking on periodontal healing following surgical therapy. *J Clin Periodontol* 1990;17:324-8.
- [34] Trombelli L, Scabbia A. Healing response of gingival recession defects following guided tissue regeneration in smokers and non-smokers. *J Clin Periodontol* 1997;24(8):529-33.
- [35] Grossi SG, Zambon J, Machtei EE, et al. Effects of smoking and smoking cessation on healing after mechanical periodontal therapy. *J Am Dent Assoc* 1997;128(5):599-607.
- [36] Bergstrom J, Preber H. Tobacco use as a risk factor. *J Periodontol*. 1994;65:545-50.
- [37] Parkin DM, Muir CS, Whelan SC, et al. Cancer incidence in five continents. Volume VI. International Agency for Research on Cancer: Lyon: IARC Scientific Publication No. 120

- [38] Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J. Cancer Incidence in Five Continents. Volume VII. International Agency for Research on Cancer: Lyon: IARC Scientific Publication No. 143. 1997.
- [39] Cummings DM, Giovino G, Emont SL, et al. Factors influencing success in counseling patients to stop smoking. *Patient Educ Counsel*. 1986;8:189-200.
- [40] Wary A, McGuirt WF. Smokeless tobacco usage associated with oral carcinoma. Incidence, treatment, outcome. *Arch Otolaryngology Head Neck Surg* 1993;119:929-33.
- [41] Simoyan OM, Bander VM, Freeman KD. Tobacco cessation services in dental offices. Are we doing all we can? *N Z State Dent J*. 2002;68(7):34-40.
- [42] Tomar SL. Dentistry's role in tobacco control. *J Am Dent Assoc*. 2001;132:Suppl 30S-5S.
- [43] Hirshberg A, Calderon S, Kaplan I. Update review on prevention and early diagnosis in oral cancer. *Refuat Hapeh Vehashinayim*. 2002;19(3):38-48, 89.
- [44] Winn DM, et al. Snuff dipping and oral cancer among women in the southern United States. *N Engl J Med*. 1981;304:745-9.
- [45] Squier CA. Smokeless tobacco and oral cancer: a cause for concern? *CA Cancer J Clin*. 1984;34:242-7.
- [46] Mattson ME, Winn DM. Smokeless tobacco: Association with Increased Cancer Risk (NCI monograph). NIH publication no 89-3055, USDHHS. 1989;8:13-6.
- [47] Hoffman D, Adams JD. Carcinogenic tobacco-specific N-nitrosamines in snuff and in the saliva of snuff dippers. *Cancer Res*. 1981;41:4305-8.
- [48] Schroeder KL, Chen MS, Kuthy RA. Smokeless tobacco: the new thing to chew on Ohio. *De J*. 1985;59:10-4.
- [49] World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Geneva. 1997:25-7.
- [50] LaVecchia C, Tavani A, Franceschi S, et al. Epidemiology and prevention of oral cancer. *Oral Oncol*. 1997;33:302-12.
- [51] Wynder EL, Hoffmann D. Tobacco and Tobacco smoke. Studies in experimental Carcinogenesis. New York 1967, Academic Press, p. 730.
- [52] Blum A. A consumerist approach to smoking cessation. Tobacco and Health 1990: the global war. In: Seventh World Conference on Smoking and Health, April 1-5, 1990. Perth, Australia.
- [53] McCoy GD, Wynder EL. Etiological and preventive implications in alcohol carcinogenesis. *Cancer Res*. 1979;39:2844-50.
- [54] Wynder EL, Mushinski MH, Spivah JC. Tobacco and alcohol consumption in relation to the development of multiple primary cancer. *Cancer*. 1977;40:1872-8.
- [55] Hsu TC, Furlong C, Spitz MR. Ethyl alcohol as a cocarcinogen with special reference to the aerodigestive tract: a cytogenic study. *Anticancer Res*. 1991;11:1097-102.
- [56] Jovanvic A, Schulten E, Kostense PJ, et al. Tobacco and alcohol related to the anatomical site of oral squamous cell carcinoma. *J Oral Pathol Med*. 1993;22:459-62.
- [57] Christen AG. The four most common alterations for the teeth, periodontium and oral soft tissues observed in smokeless tobacco users: a literature review. *J Indiana Dent Assoc*. 1985;64(3):15-8.

- [58] Baric JM, Alman JE, Feldmann RS, et al. Influence of cigarette, pipe, and cigar smoking, removable partial dentures, and age on oral leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1982;54:424-9.
- [59] Gupta PC, Murti PR, Bhonsle RB, et al. Effect of cessation of tobacco use on the incidence of oral mucosal lesions in a 10-yr follow-up study of 12212 users. *Oral Dis.* 1995;1:54-8.
- [60] Reichart PA. Identification of risk groups for oral precancer and preventive measures. *Clin Oral Investig.* 2001;5(4):207-13.
- [61] Daniels TE, Hansen LS, Greenspan JS, Grady DG, Hauck WW, Greene JC, et al. Histopathology of smokeless tobacco lesions in professional baseball players. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992;73:720-5.
- [62] Ashton H, Marsh VR, Millman JE, Rawlins MD, Telford R, Thompson JW. Biphasic dose-related response of the CNV (Contingent Negative Variation) to IV nicotine in man. *Br J Clin Pharmacol.* 1980;10:579-89.
- [63] Axell T, Hedin CA. Epidemiologic study of excessive oral pigmentation with special reference to the influence of tobacco. *Scand J Dent Res.* 1982;90(6):434-42.
- [64] Hedin CA, Pindborg JJ, Axell T. Disappearance of smoker's melanosis after reducing smoking. *J Oral Pathol Med.* 1993;22:228-30.
- [65] Bastiaan RJ, Reade PC. The effects of tobacco smoking on oral and dental tissues. *Aust Dent J.* 1976;21(4):308-15.
- [66] Christen AG. Smoking and your mouth: a dentist's view of what smoking may do to the oral cavity, pamphlet published by narcotic's Education, Inc. Washington. 1972:8pp.
- [67] Christen AG. The clinical aspects of tobacco on oral tissue. *J Am Dent Assoc.* 1970;81:1378-82.
- [68] De Bruyn H, Collaert B. The effects of smoking on early implant failure. *Clin Oral Impl Res.* 1994;5:260-4.
- [69] Lambert PM, Morris HF, Ochi S. The influence of smoking on 3-year clinical success of osseointegrated dental implants. *Ann Periodontol.* 2000;5(1):79-89.
- [70] Haas R, Haimbock W, Mailath G, et al. The relationship of smoking on peri-implant tissue: a retrospective study. *J Prosth Dent.* 1996;76:592-5.
- [71] Bain CA. Smoking and implant failure: Benefits of smoking cessation protocol. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1996;11:756-9.
- [72] Strietzel FP, Reichart PA, Kale A, Kulkarni M, Wegner B, & Kuchler I. Smoking interferes with the prognosis of dental implant treatment: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Periodontology.* 2007;34(6):523-44.
- [73] Ataoglu H, Alptekin NO, Haliloglu S, Gursel M, Ataoglu T, Serpek B, et al. Interleukin-1beta, tumor necrosis factor-alpha levels and neutrophil elastase activity in peri-implant crevicular fluid. *Clinical Oral Implants Research.* 2002;13:470-6.
- [74] Attard NJ, & Zarb GA. A study of dental implants in medically treated hypothyroid patients. *Clinical Implant Dentistry and Related Research.* 2002;4:220-31.
- [75] Preber H, Bergstrom J. Cigarette smoking in patients referred for periodontal treatment. *Scand J Dent Res.* 1986;94:102-8.
- [76] Miller PD. Regenerative and reconstructive periodontal surgery. *Dent Clin North Am.* 1988;32:287-312.

- [77] Olsen BL, McDonald JL, Gleason MJ, et al. Comparison of various salivary parameters before and after the use of a nicotine-containing chewing gum. *J Dent Res*. 1985;64:826-30.
- [78] Parvinen T. Stimulated salivary flow rate, pH and lactobacillus and yeast concentrations in non-smokers and smokers. *Scand J Dent Res*. 1984;92:315-8.
- [79] Barylko-Pikielna N, Pangborn RM, Shannon IL. Effect of cigarette smoking on parotid secretion. *Arch Environ Health*. 1968;17:731-8.
- [80] Pangborn RM, Sharon IM. Visual deprivation and parotid response to cigarette smoking. *Physiol Behaviour*. 1971;6:559-61.
- [81] Winsor AL. The effect of cigarette smoking on secretion. *J Gen Psychol*. 1932;6:190-5.
- [82] Magnusson T. Is snuff a potential risk factor in occlusal wear? *Swed Dent J*. 1991;15(3):125-32.
- [83] Kenney EB, Saxe RD, Bowies RD. The effect of cigarette smoking on anaerobies in the oral cavity. *J Periodont Res*. 1975;46:82-5.
- [84] Heintze U. Secretion rate, buffer effect and number of lactobacilli and streptococcus mutans of chole saliva of cigarette smokers and non-smokers. *Scand J Dent Res*. 1984;92:294-301.
- [85] Gregory RL, Kingle JC, Hobbs LC, et al. Effect of smokeless tobacco use in humans on mucosal immune factors. *Archs Oral Biol* 1991. 1991;36:25-31.
- [86] Yu PH, Boulton AA. Irreversible inhibition of monoamine oxidase by some components of tobacco smoke. *Life Sci*. 1987;41:675-82, 89.
- [87] Gregory RL, Kingle JC, Hobbs LC, et al. Effects of smokeless tobacco on the ability of secretory component to bind to the IgA/J chain complex. *Human Antibodies Hybridomas*. 1990;1:126-31.
- [88] Wagner V, Wagnerova M, Hakova L, et al. Humoral defending mechanisms in children of smoking parents. *Czech Med*. 1987;10:70-8.
- [89] Dacre JC, Tabershaw IR. Thiocyanate in saliva and sputum. Relationship to smoking and industrial exposures. *Arch Environ Health*. 1970:47-9.
- [90] Tenovuo J, Makinen K. Concentration of thiocyanate and ionisable iodine in saliva of smokers and non-smokers. *J Dent Res*. 1976;55:661-3.
- [91] European Union Working Group on Tobacco and Oral Health Consensus Meeting. Copenhagen 23-26 October 1997. *Abstracts Oral Dis*. 1998;4(1):48-67.
- [92] Robertson PB, Walsh M, Greene J, Ernster V, Grady D, Hauck WW. Periodontal effects associated with the use of smokeless tobacco. *J Periodontol*. 1990;61:438-43.
- [93] Chisten AG, Armstrong WR, McDaniel RK. Intraoral leukoplakia, abrasion, periodontal breakdown and tooth loss in a snuff dipper. *J Am Dent Assoc*. 1979;98:584-6.
- [94] Mackay J, Eriksen M, Shafey O. *El atlas del tabaco*. Atlanta: American Cancer Society. Global Cancer Control 2006.
- [95] World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva: World Health Organization, p. 74-170.
- [96] Serrano G, El-Astal S, Faro F. La adolescencia en España, Palestina y Portugal: Análisis comparativo. *Psicothema*. 2004;16(3):468-75.

- [97] El-Astal S. Hábito tabáquico entre los estudiantes palestinos de la licenciatura de pedagogía de la Universidad de Al-Azhar. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2007.
- [98] PCBS:Palestinian Central Bureau of Statistics. Palestine in Figures 2010. Ramallah – Palestine. 2011.
- [99] López AD, Collishaw EN, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control*. 1994;3:242-7.
- [100] Behbehani NN, Hamadeh RR, Macklai NS. Knowledge of attitudes towards tobacco control among smoking and non-smoking physicians in 2 gulf arab states. *Saudi Med J*. 2004;25(5):585-91.
- [101] Merrill RM, Madanat H, Layton JB, Hanson CL, Madsen CC. Smoking Prevalence, Attitudes, and Perceived Smoking Prevention and Control Responsibilities and Behaviors among physicians in Jordan. *International Quarterly of Community Health Education*. 2006-2007;26(4):397-413.
- [102] Al-Eisa IS, Al-Terkit AM, Radwan MM, Al-Jassar T, Al-Mutar MS. Smoking among Health workers of the Capital Governorte Health Region, Kuwait: Prevalence and Attitudes. *Kuwait Medical Journal*. 2006;38(2):100-6.
- [103] Al-Lawati JA, Nooyi SC, Al-Lawati AM. Knowledge, attitudes and prevalence of tobacco use among physicians and dentists in Oman. *Ann Saudi Med*. 2009;29(2):128-33.
- [104] Bener A, Gomez J, Andersen JA, S A. Smoking among health professionals. *Med Educ Mar*. 1994;28(2):151-7.
- [105] Ahmadi J, Khalili H, Jooybar R, Namazi N, Aghaei PM. Cigarette smoking among Iranian medical, students, residents physicians and attending physicians. *Eur J Med Res*. 2001 Sep 28;6(9):406-8.
- [106] Saeed AA. Attitudes and behaviour of physicians towards smoking in Riyadh city, Saudi Arabia. *Trop Geogr Med*. 1991;43:76-9.
- [107] Ballal SG. Cigarette smoking and respiratory symptoms among Sudanese doctors. *East Afr Med J*. 1984;61:95-103.
- [108] Gunes G, Karaoglu L, Genc MF, Pehlivan E, Ergi M. University hospital physicians' attitudes and practices of smoking cessation counseling in Malatya, Turkey. *Patient Educ Couns*. 2005;56:147-53.
- [109] Samuels N. Smoking among hospital doctors in Israel and their attitudes regarding anti-smoking legislation. *Public Health*. 1997;111:285-8.
- [110] Burgan SZ. Smoking behavior and views of Jordanian dentists. A pilot survey. *Oral surgery, Oral Medicina, Oral Pathology, Oral Radiology & Endodontics*. 2003;95(2):163-8.
- [111] Redondo PE. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Costa Rica: Facultad de Medicina. Universidad de Costa Rica 2004.
- [112] Calvo JR, Nuez G, Medina A, Rodríguez E, Repetto E, Guillén N, et al. Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida: El ejemplo del tabaquismo. Las Palmas de Gran Canaria: Aula de Educación y Promoción de la Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- [113] Trautmann F, Barendregt. Manual europeo de apoyo entre compañeros. Utrecht: NIAD 1994.
- [114] OMS. Promoción de la Salud. Ginebra; 1998.

- [115] Hamilton JL. The effect of cigarette advertising bans on cigarette consumption. *Proceedings of the 3rd World Conference on Smoking and Health*. New York:829-40.
- [116] Warner KE. Cigarette advertising and media coverage of smoking and health. *N Engl J Med*. 1985;312:384-8.
- [117] Suárez NL, Campos EP. Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de Salud del Policlínico "Dr. Jorge Ruiz Ramírez". *Rev Cubana Salud Pública*. 2010;36(2).
- [118] Cullen JW. Tobacco use: prevention and control. *Isr J Med Sci*. 1986;22:283-300.
- [119] Amado AM, Abelleira MD, Domínguez MF, Cruz VF, Fernández MB. Prevención del tabaquismo en adolescentes: Revisión de programas. In: *Psicopedagogía AdXCIG-Pd*, editor. X Congreso Internacional Galego-Portugués de Psicopedagogía; 2009; Braga: Universidad de Minho: Universidad de Minho; 2009. p. 4605-18.
- [120] Fernández-Guerrero M, Muñoz-Calero B, García-Rubira J, López García-Aranda V. Tobacco y Corazón. Programas actuales del control del hábito. *Clin Invest Arterioscl*. 2010;22(4):167-73.
- [121] Glynn T, Body GM, Gruman JC. Essential elements for self-help/minimal intervention strategies for smoking cessation. *Health Educ Q*. 1990;17:329.
- [122] Janz NK, Becker MH, Kirscht MK, Eraker SA, Billi JE, Woolliscroft JO. Evaluation of a minimal-contact smoking cessation intervention in an outpatient setting. *Am J Public Health*. 1987;77:805-9.
- [123] Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, et al. Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, et al. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA*. 1988;260:1570-4.
- [124] Kattapong VJ, Locher TL, Secker-Walker RH, Bell TA. American college of Preventive Medicine practice policy. Tobacco-cessation patient counseling. *Am J Prev Med*. 1998;15(2):160-2.
- [125] Torrecilla MG, Plaza MM, Ruano RG. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Capítulo IV. Consejo médico e intervención mínima sistematizada. 2003:141-64.
- [126] Houston TP. Smoking cessation in office practice. *Primary Care*. 1992;19(3):493-507.
- [127] Bartlett EE, Windsor RA, Lowe JB, Nelson G. Guidelines for conducting smoking cessation programs. *Health Education*. 1986;17(1):31-7.
- [128] Reid D. Tobacco control: overview. *Br Med Bull*. 1996;52:108-20.
- [129] Kirscht JP, Janz NK, Becker MH, Eraker SA, Billi JE, Woolliscroft JO. Beliefs about control of smoking and smoking behaviour: a comparison of different measures in different groups. *Addictive Behaviors*. 1987;12:205-8.
- [130] Philips BU, Longoria JM, Calhoun KH, Bates DF. Behavioural prescription writing in smoking cessation counseling: a new use for a familiar tool. *South Med J*. 1989;82(8):946-53.
- [131] Mattson ME, Pollack ES, Cullen JW. What are the odds that smoking will kill you? *Am J Public Health*. 1987;77(4):425-31.
- [132] Brandon TH, Tiffany ST, Obremski KM, et al. Post cessation cigarette use: the process of relapse. *Addic Behav*. 1990;15:105.
- [133] Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD:U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2008.

- [134] Humair JP, Cornuz J. A new curriculum using active learning methods and standardized patients to train residents in smoking cessation. *J Gen Intern Med.* 2003;18:1023-7.
- [135] Walsh SE, Singleton JA, Worth CT, et al. Tobacco cessation counseling training with standardized patients. *J Dent Educ.* 2007;71(9):1171-8.
- [136] Geller AC, Zapka J, Brooks KR, et al. Tobacco control competencies for US medical students. *Am J Public Health.* 2005;95:950-5.
- [137] Coan LL, Christen A, Romito L. Evolution of a tobacco cessation curriculum for dental hygiene students at Indiana University School of Dentistry. *J Dent Educ.* 2007;71:776-84.
- [138] Davis JM, Ramseier CA, Mattheos N, Schoonheim-Klein M, Compton S, Al-Hazmi N, et al. Education of tobacco use prevention and cessation for dental professionals – a paradigm shift. *International Dental Journal.* 2010;60:60-72.
- [139] Miller W, Rollnick S. *La entrevista motivacional.* Barcelona: Paidós 1999.
- [140] Wagner C, Connors W. *Interaction Techniques Motivational Interviewing.* Recuperado de: <http://www.motivationalinterview.org/clinical/interaction.html> Visitada 13 de octubre 2009
- [cited; Available from:
- [141] Hewitt N, Gantiva CA. La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana.* 2009;27(1):165-76.
- [142] Gantiva C, Flórez L. *Intervenciones de la Entrevista Motivacional Asociadas a un Aumento de la Disponibilidad al Cambio en Personas que Consumen Alcohol Abusivamente.* Universidad Católica de Colombia; 2006b.
- [143] <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000214.htm>.
- [144] Johnson GK, Hill M. Cigarette smoking and the periodontal patient. *J periodontol.* 2004;75(2):96-209.
- [145] Ministerio de Salud Argentino. *Intervención Breve. Programa Nacional de Control del Tabaco.* 2005 [cited; Available from:
- [146] Fiore MC, Jorenby DI, Schenske AE, Smith SS, Bauer RR, Baker TB. Smoking status as the new vital sign: effect on assessment and intervention in patients who smoke. *Mayo Clin Proc.* 1995;70:209-13.
- [147] Oda M, Oosumi N, Nakabayshi K, et al. Efficacy of smoking prevention education by dentists. *Nippon Kosshu Eisei Zasshi.* 2002;49(7):649-705.
- [148] Noel D. Tobacco awareness: progress by the dental profession. *CDC Journal.* 1994;22(4):23-5.
- [149] Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline.* Rockville, MD. Department of Health and Human Services, Public Health Service. 2000.
- [150] Longstaff JM. Smoking, tobacco, and oral health. *Hong Kong Dental Journal.* 2006;3:76-9.
- [151] WHO. *Informe OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo.* Ginebra; 2009.
- [152] WHO. *The role of health professionals in tobacco control. How to control the tobacco epidemic.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2005.

- [153] Thy T, Boker T, Gallefoss F, and Bakke PS. Hospital doctors' attitudes toward giving their patients smoking cessation help. *The Clinical Respiratory Journal*. 2007;1:30–6.
- [154] Severson HH, Eakin EG, Stevens VJ, Lichtenstein E. Dental office practices for tobacco users: independent practice and HMO clinics. *Am J Public Health*. 1990;80:1503-5.
- [155] Little SJ, Stevens VJ, Severson HH, Lichtenstein E. Effective smokeless tobacco intervention for dental hygiene patients. *J Dent Hyg*. 1992;66(4):185-90.
- [156] Noel D. Tobacco awareness: progress by the dental profession. *CDA Journal*. 1994;22(4):23-5.
- [157] Rubio HM. Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*. 2003;16(2).
- [158] Hastreiter RJ, Bakdash B, Roesch MH, Walseth J. Use of tobacco prevention and cessation strategies and techniques in the dental office. *JADA*. 1994;125(11):1475-84.
- [159] Johnson NW, Lowe JC, Warnakulasuriya KA. Tobacco cessation activities of UK dentists in primary care: signs of improvement. *Br Dent J*. 2006;200(2):85-9.
- [160] General S. The health consequences of smoking: cancer. Rockville; 1982.
- [161] Reid D. Tobacco control: overview. *Br Med Bull*. 1996;52:108-20.
- [162] Ramseir CA, Mattheos N, Needleman I., Watt R., Wickholm S. Consensus Report: First European Workshop on Tobacco Use Prevention and Cessation for Oral Health Professionals. *Oral health & preventive dentistry*. 2006;4(1):7-18.
- [163] Ramseier CA, Matheos N, Needleman I, Watt R, Wickholm S, al. e. First European Workshop on Tobacco Use Prevention and Cessation for Oral Health Professionals. *Consensus Report: First European Workshop on Tobacco Use Prevention and Cessation for Oral Health Professionals*. Castle of Munchenwiler, Switzerland 2005.
- [164] Field JL, Rubinstein-DeVore L. Tobacco use cessation curricula in US Dental Schools and Dental Hygiene programs. *Journal of Dental Education*. 1990;54(12):730-5.
- [165] BOE 26-3-2009. Los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Óptico-Optometrista. Orden CIN/727/2009, de 18 de marzo. Madrid 2009.
- [166] U.S. Department of Health and Human Services. Recommendation for three target audiences. In: Clinical practice guideline number 18: smoking cessation. Rockville. Md:U.S. Department of Health and Human Services, 1996. AHCPR publication n. 96-0692:19-34.
- [167] Tong EK, Strouse R, Hall J, Kovac M, Schroeder SA. National survey of U.S. health professionals' smoking prevalence, cessation practice, and beliefs. *Nicotine Tobacco Res*. 2010;12(7):724-33.
- [168] Schleyer T, Eisner J. The computer-based oral health record: an essential tool for cross-provider quality management. *J Calif Dent Assoc*. 1994;22(11):57-8, 60-1, 3-4.
- [169] American Academy of Periodontology. Position paper: epidemiology of periodontal diseases. *J Periodontol*. 1996;67:935-45.
- [170] Dolan TA, McGorray SP, Grinstead-Skigen CL, Mecklenburg R. Tobacco control activities in U.S. Dental practices. *JADA*. 1997;128:1669-79.
- [171] European Union Working Group on Tobacco and Oral Health. Consensus Meeting, Copenhagen, 23-26 October, 1997. *Abstracts Oral Dis* 1988.4 (1):48-67.
- [172] World Health Organization. Guidelines for the conduct of tobacco-smoking surveys among health professionals; 1983.

- [173] Fagerström KO, Kunze, M., Schoberberg, R., Breslau, N., Hughes, J.R., Hurt, R.D., Puska, P., Ramstrom, L., & Zatonski, W., Nicotine dependence versus smoking prevalence: Comparisons among countries and categories of smokers. *Tobacco Control*. 1996;5:52-6.
- [174] Prochaska J, Velicer W, DiClemente C, Fava J. Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *J Consult Clin Psicol*. 1988;56:520-28.
- [175] Prochaska J, DiClemente C. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory Res Pract*. 1982;19:276-88.
- [176] Silva L.C. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Diaz de Santos 1997.
- [177] Sánchez L, Perez D, Cruz G, Silva LC, Boelaert M, Van der Stuyft P. Participación comunitaria en el control de *Aedes aegypti*: opiniones de la población en un municipio de la Habana, Cuba. *Revista Panamericana de la salud*. 2004;15:19-25.
- [178] Silva LC. Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria: Díaz de Santos 2000.
- [179] Simoyan OM, Bander VM, KD F. Tobacco cessation services in dental offices. Are we doing all we can? *NY State Dent J*. 2002 Aug-Sep;68 (7):34-40.
- [180] Campbell HS, McDonald JM. Tobacco counselling among Alberta dentists. *J Can Dent Assoc*. 1994;60 (3):218-26.
- [181] Arosa-Lopez E. Papel dos coñecementos, crenzas e actitudes propias na intervención mínima antitabáquica: un estudio transversal nos odontólogos españois. Santiago de Compostela: Santiago de Compostela; 2006.
- [182] Chambers AK, Corbin DE. Tobacco control activities of Iowa dental hygienists. *J Com Health*. 1996M;21(5):375-87.
- [183] Clovis JB, Horowitz AM, Poel DH. Oral and pharyngeal cancer: practices and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. *J Can Dent Assoc*. 2002;68 (7):421-5.
- [184] Warnakulasuriya KA, Jonhson NW. Dentists and oral cancer prevention in the UK: opinions, attitudes and practices to screening for mucosal lesions and to sounselling patients on tobacco and alcohol use: baseline data from 1991. *Oral Dis*. 1999;M 5(1):10-4.
- [185] Dodds AM, Gray NJ, Hill DJ, Rankin DW. Attitudes and smoking habits of dentists in Victoria. *Aust Dent J*. 1979;24:143-5.
- [186] El Atlas del Tabaco. Encuesta Nacional de Salud, 2006. Atlanta: 2009. Consultado el 15 de Octubre de 2010. Disponible en: www.TobaccoAtlas.org 2009.
- [187] Al-Lawati JA, Nooyi SC, AM A-L. Knowledge, attitudes and prevalence of tobacco use among physicians and dentists in Oman. *Ann Saudi Med*. 2009;29 (2):128-33.
- [188] World Health Organization (Tobacco Free Initiative). Fact sheets on the Health Professionals Survey in the Eastern Mediterranean Region; 2005.
- [189] Masironi R. Smoking en european physicians. *Schweiz Rundsch Med Prax*. 1991;80 (18):483-5.
- [190] Allard RHB. Tobacco and oral health: attitudes and opinions of European dentists; a report of the EU working group on tobacco and oral health. *International Dent J*. 2000;50 (2):99-102.

- [191] Lodi G, Bez C, Rimondini L, Zuppiroli A, Sardella A, Carrassi A. Attitude towards smoking and oral cancer prevention among northern Italian dentists. *Oral Oncology*. 1997;33(2):100-4.
- [192] Al-Qahtani D, Al-Qahtani M, Al-Otaibi, Al-Mobeeriek A. Dentist's attitudes and practice regarding smoking cessation intervention and prevention in Riyadh, Saudi Arabia.
- [193] Rikard-Bell G, Ward J. Australian dentists educational needs for smoking cessation counseling. *J Cancer Educ*. 2001;16(2):80-4.
- [194] Chessnutt IG, Binnie VI. Smoking cessation counselling - a role for the dental profession? *Br Dent J*. 1995;179(11-12):411-5.
- [195] John JH, Yudkin P, Murphy M, Ziebland S, Fowler GH. Smoking cessation interventions for dental patients - attitudes and reported practice of dentists in the Oxford region. *Br Dent J*. 1997;183(359-64).
- [196] Warnakulasuriya KA, NW J. Dentists and oral cancer prevention in the UK: opinions, attitudes and practice to screening for mucosal lesions and to counselling patients on tobacco and alcohol use: baseline data from 1991. *Oral Dis*. 1991;M 5(1):10-4.
- [197] Freid JL, Cohen LA. Maryland dentist's attitudes regarding tobacco issues. *J Clin Prev Dent*. 1992;14(2):10-6.
- [198] Block DE, Block LE, Hutton SJ, Johnson KM. Tobacco counseling practices of dentists compared to other health care providers in a Midwestern region. *Int Dent J*. 2000;50(2):821-7.
- [199] Simoyan OM, Bander VM, Freeman KD. Tobacco cessation services in dental offices. Are we doing all we can? *NY State Dent J*. 2002;68(7):34-40.
- [200] Skegg JA, McGee RO, Stewart WA. Smoking prevention: attitudes and activities of New Zealand dentists. *N Z Dent J*. 1995;91:4-7.
- [201] McCartan BE, Sadler D, O'Mullane DM. Smoking habits and attitudes of Irish dentists and dental student. *J Ir Dent Assoc*. 1993;39(2):26-9.
- [202] Clover K, Hazell T, Stanbridge V, Sanson-Fisher R. Dentists attitudes and practice regarding smoking. *Austral Dent J*. 1999;44(1):46-50.
- [203] Shenkin JD, Horowitz AM, Drury TF, Kanellis M. Attitudes of pediatric dentists towards tobacco intervention for children and adolescents: a pilot survey. *Pediatric Dent*. 2003;25:53-60.
- [204] Hayes C, Kressin N, Garcia R, Mecklenberg R, Dolan T. Tobacco control practices: how do Massachusetts dentists compare with dentists nationwide? *J Mass Dent Soc*. 1997;46(1):9-12, 4.
- [205] Gebert B, Coates T, Zahnd E, Richard RJ, Cummings SR. Dentists as smoking cessation counsellors. *J Am Dent Assoc*. 1989;118(1):29-32.
- [206] Monaghan N. What is the role of dentists in smoking cessation? *Br Dent J*. 2002;193(11):611-2.
- [207] Block DE, Hutton KH, Johnson K. Difference in tobacco assessment and intervention practice: a regional snapshot. *Prev Med*. 2000;30:282-7.
- [208] Laskin DM. Smoking habits and attitudes of oral and maxillofacial surgeons. *J Oral Maxillofac Surg*. 1987;45:493-5.
- [209] Margolis JA, Meshack AF, McAlister AL, Narendran S, Hu S. Smoking cessation activities in Texas: the role. *Texas Dent J*. 2002;119(12):1176-82.

- [210] Logan H, Levy S, Ferguson K, Pomrehn P, Muldoon J. Tobacco-related attitudes and counseling practices of Iowa dentists. *Clin Prev Dentistry*. 1992;14(1):19-22.
- [211] Dodds AP, Rankin KV, Jones DL, Seals RR. What are you doing about oral cancer? Report of a survey of Texas dentists. *Texas Dent J*. 1994;111(6):39-41.
- [212] Telivuo M, Vehkalahti, Lahtinen A, Murtomaa H. Finnish dentists as tobacco counsellors. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1991;19:221-4.
- [213] Halling A, Uhrbom E, Bjerner B, Solen G. Tobacco habits, attitudes and participating behaviour in tobacco prevention among dental personnel in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1995;23:254-5.
- [214] McCarten BE, Shanley DB. Policies and practices of European dental schools in relation to smoking: the place of tobacco education in the undergraduate dental curriculum. *Br Dent J*. 1995;179:306-8.
- [215] Chestnutt IG, Binnie VI. Training in the provision of smoking cessation advice in United Kingdom Dental Schools and Schools of Dental Hygiene. *J Inst Health Educ*. 1996;34:109-11.
- [216] McCann MF, Macpherson LM, Binnie VI, Stephen KW. A survey of Scottish primary care dental practitioner's oral cancer related practices and training requirements. *Community Dent Health*. 2000;17(1):24-30.

8.- ANEXOS

Anexo I.- Resultados detallados

Anexos

A continuación se muestran de manera detallada los resultados obtenidos en este estudio. Las tablas siguen el orden de las preguntas incluidas en el cuestionario.

Los datos se presentan en global ya que las estimaciones en función del sexo o grupo de edad son inestables debido al número de efectivos incluidos en el estudio.

Pregunta número 1: Sexo de los encuestados.

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Hombre	77,78	71,48	84,07
Mujer	22,22	15,92	28,52

Pregunta número 2: Edad y porcentaje de encuestados en función del grupo de edad.

	Media	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
	36,18	34,84	37,54
	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
>= 30	29,56	22,39	36,73
31-40	42,77	34,99	50,54
40 y más	27,67	20,64	34,7

Pregunta número 3: Estado civil y porcentaje de encuestados en función de si conviven o no en pareja.

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Soltero/a	12,28	7,31	17,25
Casado/a	86,55	81,38	91,72
Divorciado	1,17	0	0,03
Sin pareja	13,45	8,28	18,62
Casado	86,55	81,38	91,72

Pregunta número 4: Lugar de residencia

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Khan Yunis	37,43	30,1	44,75
Gaza	13,45	8,28	18,62
Rafah	35,67	28,42	42,93
Otros	13,45	8,28	18,62

En otros se incluyen: Der Albalah, Bureig, Nusairat, Magazi, Beit Hanun, Beit Lahiah, Gabaliah, Franja de Gaza, Abbsan ElQabireh, AlWustah

Pregunta número 5: Lugar donde trabaja

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Ministerio de Sanidad	76,02	69,56	82,49
Hospitales Militares	12,28	7,31	17,25
UNRWA	11,70	6,83	16,56

Pregunta número 6: Formación académica

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Licenciatura	87,72	82,75	92,69
Otros	12,28	7,31	17,25

En otros se incluyen: Master, Doctorado, Diplomado, Otro

Pregunta número 7: Desarrolla la actividad

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
No	43,53	36	51,06
Si	56,47	48,94	63,99

Pregunta número 8: Dedicación clínica

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Salud Pública	28,65	21,81	35,5
Odontología general	4,68	1,48	7,88
Endodoncia	12,28	7,31	17,25
Ortodoncia y dentofacial	34,51	27,31	41,70
Otras especialidades	19,88	13,84	25,93

En otras especialidades se incluyen: Prostodoncia, Cirugía oral y maxilofacial, Odontopediatría, Radiología oral y maxilofacial, periodoncia, Patología oral, Implantología, Otras, no ejerzo.

Pregunta número 9: Conocimiento de la relación entre consumo de tabaco y diferentes enfermedades

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Sin conocimiento adecuado	73,68	67,02	80,35
Con conocimiento adecuado	26,32	19,65	32,98

Pregunta número 9.1: Conocimiento de la relación entre consumo de tabaco y enfermedades periodontales

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Sin conocimiento adecuado	7,02	3,15	10,88
Con conocimiento adecuado	92,98	89,12	96,85

Pregunta número 9.2: Conocimiento de la relación entre consumo de tabaco y mala cicatrización de heridas

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Sin conocimiento adecuado	19,30	13,32	25,27
Con conocimiento adecuado	80,70	74,73	86,68

Pregunta número 9.3: Conocimiento de la relación entre consumo de tabaco y caries dental

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Sin conocimiento adecuado	48,54	40,97	56,1
Con conocimiento adecuado	51,46	43,9	59,03

Pregunta número 9.4: Conocimiento de la relación entre consumo de tabaco y fallos en el implante

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Sin conocimiento adecuado	33,33	26,2	40,47
Con conocimiento adecuado	66,67	59,53	73,8

Pregunta número 9.5: Conocimiento de la relación entre consumo de tabaco y candidiasis oral

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Sin conocimiento adecuado	25,73	19,11	32,35
Con conocimiento adecuado	74,27	67,65	80,89

Pregunta número 9.6: Conocimiento de la relación entre consumo de tabaco y leucoplasia

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Sin conocimiento adecuado	16,96	11,28	22,64
Con conocimiento adecuado	83,04	77,36	88,72

Pregunta número 9.7: Conocimiento de la relación entre consumo de tabaco y cáncer oral

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Sin conocimiento adecuado	14,04	8,78	19,29
Con conocimiento adecuado	85,96	80,71	91,22

Pregunta número 9.8: Conocimiento de la relación entre consumo de tabaco y enfermedades coronarias

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Sin conocimiento adecuado	18,13	12,3	23,96
Con conocimiento adecuado	81,87	76,04	87,7

Pregunta número 9.9: Conocimiento de la relación entre consumo de tabaco y cáncer de pulmón

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Sin conocimiento adecuado	10,53	5,88	15,17
Con conocimiento adecuado	89,47	84,83	94,12

Pregunta número 9.10: Conocimiento de la relación entre consumo de tabaco y carcinoma de laringe

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Sin conocimiento adecuado	19,30	13,32	25,27
Con conocimiento adecuado	80,70	74,73	86,68

Pregunta número 9.11: Conocimiento de la relación entre consumo de tabaco y enfermedad arterial periférica

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Sin conocimiento adecuado	24,56	18,04	31,08
Con conocimiento adecuado	75,44	68,92	81,96

Pregunta número 10.1-: El tabaco es dañino para la salud

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	1,18	-0,46	2,83
Bastante en desacuerdo	0,59	-0,58	1,76
Indiferente	1,18	-0,46	2,83
Bastante de acuerdo	7,69	3,63	11,75
Completamente de acuerdo	89,35	84,65	94,07

Pregunta número 10.2:- Es deber del dentista convencer a la gente que deje de fumar

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	1,76	-0,23	3,76
Bastante en desacuerdo	1,76	-0,23	3,76
Indiferente	10,59	5,92	15,26
Bastante de acuerdo	25,88	19,23	32,53
Completamente de acuerdo	0,60	52,56	67,44

Pregunta número 10.3:- No es deber pero sí una actividad importante ofrecer a los pacientes información/asesoramiento sobre abandono del tabaco

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	6,10	2,4	9,8
Bastante en desacuerdo	3,66	0,75	6,56
Indiferente	7,32	3,29	11,34
Bastante de acuerdo	37,20	29,72	44,67
Completamente de acuerdo	45,73	38,03	53,44

Pregunta número 10.4:- Los pacientes aceptarían asesoramiento acerca de dejar de fumar

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	17,16	11,42	22,9
Bastante en desacuerdo	33,73	26,53	40,93
Indiferente	18,93	12,97	24,90
Bastante de acuerdo	17,75	11,93	23,57
Completamente de acuerdo	12,43	7,40	17,45

Pregunta número 10.5-: La mayoría de los fumadores pueden dejar de fumar si ellos quieren

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	5,29	1,89	8,69
Bastante en desacuerdo	18,82	12,89	24,76
Indiferente	5,88	2,31	9,46
Bastante de acuerdo	23,53	17,09	29,97
Completamente de acuerdo	46,47	38,90	54,04

Pregunta número 10.6-: Es molesto estar cerca de una persona que está fumando

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	4,68	1,48	7,88
Bastante en desacuerdo	4,09	1,09	7,09
Indiferente	7,02	3,15	10,88
Bastante de acuerdo	20,47	14,36	26,58
Completamente de acuerdo	63,74	56,46	71,02

Pregunta número 10.7-: El personal sanitario debería dar un buen ejemplo absteniéndose de fumar

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	2,98	0,38	5,57
Bastante en desacuerdo	3,57	0,74	6,41
Indiferente	1,79	-0,24	3,81
Bastante de acuerdo	19,64	13,57	25,71
Completamente de acuerdo	72,02	65,17	78,88

Pregunta número 10.8-: La mayoría de la gente no abandonaría el tabaco aunque su dentista se lo aconsejase

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	39,29	31,82	46,75
Bastante en desacuerdo	34,52	27,26	41,79
Indiferente	8,93	4,57	13,29
Bastante de acuerdo	11,31	6,47	16,15
Completamente de acuerdo	5,95	2,34	9,57

Pregunta número 10.9-: Los dentistas aconsejarían más a la gente que deje de fumar si supiesen que su consejo es realmente eficaz

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	3,55	0,73	6,37
Bastante en desacuerdo	4,73	1,50	7,97
Indiferente	4,14	1,11	7,18
Bastante de acuerdo	33,73	26,53	40,93
Completamente de acuerdo	53,85	46,25	61,44

Pregunta número 10.10-: Siempre se debe aconsejar al paciente a dejar de fumar

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	2,37	0,05	4,68
Bastante en desacuerdo	2,37	0,05	4,68
Indiferente	4,14	1,11	7,18
Bastante de acuerdo	28,40	21,53	35,27
Completamente de acuerdo	62,72	55,36	70,09

Pregunta número 10.11-: Fumar pasivamente es perjudicial

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	1,76	-0,23	3,76
Bastante en desacuerdo	0,59	-0,57	1,75
Indiferente	4,71	1,49	7,92
Bastante de acuerdo	15,29	9,83	20,76
Completamente de acuerdo	77,65	71,32	83,97

Pregunta número 11: Creencias sobre la conveniencia de acciones legislativas

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Sin creencias adecuadas	66,08	58,91	73,25
Con creencias adecuadas	33,92	26,75	41,09

Pregunta número 11.1: Imprimir avisos de salud en los paquetes de los cigarrillos

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	4,11	1,1	7,13
Bastante en desacuerdo	7,64	3,61	11,68
Indiferente	4,71	1,49	7,92
Bastante de acuerdo	14,12	8,83	19,41
Completamente de acuerdo	69,41	6,24	76,41

Pregunta número 11.2: Prohibición total de la publicidad del tabaco

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	8,82	4,52	13,13
Bastante en desacuerdo	5,88	2,31	9,46
Indiferente	5,88	2,31	9,46
Bastante de acuerdo	12,94	7,84	18,04
Completamente de acuerdo	66,47	59,30	73,64

Pregunta número 11.3: Restringir el fumar en locales cerrados

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	17,86	12,01	23,71
Bastante en desacuerdo	7,14	3,21	11,08
Indiferente	7,14	3,21	11,08
Bastante de acuerdo	0,25	18,38	31,62
Completamente de acuerdo	42,86	35,30	50,42

Pregunta número 11.4: Aumentar considerablemente el precio del tabaco

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	13,02	7,89	18,14
Bastante en desacuerdo	10,06	5,48	14,64
Indiferente	13,02	7,89	18,14
Bastante de acuerdo	15,38	9,89	20,88
Completamente de acuerdo	48,52	40,91	56,13

Pregunta número 11.5: Prohibición de fumar en clínicas y centros sanitarios

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	2,38	0,01	4,71
Bastante en desacuerdo	2,38	0,01	4,71
Indiferente	1,19	5,99	2,85
Bastante de acuerdo	10,71	5,99	15,44
Completamente de acuerdo	83,33	77,64	89,03

Pregunta número 11.6: Incluir en la formación del odontólogo el consejo y deshabituación antitabáquica

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente en desacuerdo	5,29	1,89	8,69
Bastante en desacuerdo	6,47	2,73	10,21
Indiferente	6,47	2,73	10,21
Bastante de acuerdo	0,20	13,93	26,07
Completamente de acuerdo	61,76	54,39	69,14

Pregunta número 12: Incorporación de consejos para dejar el tabaco en la dinámica de su clínica

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Si	64,92	56,74	73,11
No	21,64	14,58	28,7
Daño económico en la clínica	2,24	0,00	4,78
No lo sé	11,19	5,79	16,60

Pregunta 13: Barreras percibidas para la incorporación de actividades para mover el cese del consumo de tabaco en su clínica dental

Pregunta número 13.1: Resistencia o quejas por parte del paciente

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente de acuerdo	44,38	36,59	52,16
Bastante de acuerdo	24,38	17,65	31,1
Indiferente	14,38	8,88	19,87
Bastante en desacuerdo	8,75	4,32	13,18
completamente en desacuerdo	8,13	3,85	12,40

Pregunta número 13.2: Cantidad de tiempo requerido

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente de acuerdo	29,22	21,96	36,48
Bastante de acuerdo	44,16	36,22	52,09
Indiferente	12,34	7,09	17,59
Bastante en desacuerdo	10,39	5,52	15,26
completamente en desacuerdo	3,90	0,81	6,99

Pregunta número 13.3: Falta de mecanismos de reembolso

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
		Límite inferior	Límite superior
Completamente de acuerdo	33,12	25,68	40,56
Bastante de acuerdo	31,85	24,48	39,22
Indiferente	16,56	10,68	22,44
Bastante en desacuerdo	8,28	3,92	12,64
ompletamente en desacuerdo	10,19	5,41	14,98

Pregunta número 13.4: Resistencia del personal

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente de acuerdo	33,98	26,4	41,58
Bastante de acuerdo	32,03	24,55	39,5
Indiferente	9,80	5,04	14,57
Bastante en desacuerdo	11,11	6,07	16,15
completamente en desacuerdo	13,07	7,67	18,47

Pregunta número 13.5: Dudas sobre su efectividad

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente de acuerdo	31,61	24,21	39,01
Bastante de acuerdo	33,55	26,03	41,06
Indiferente	16,13	10,27	21,98
Bastante en desacuerdo	13,55	8,10	19,00
completamente en desacuerdo	5,16	1,64	8,68

Pregunta número 13.6: Falta de información en dicha área

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente de acuerdo	38,06	30,34	45,79
Bastante de acuerdo	22,58	15,92	29,24
Indiferente	12,90	7,57	18,24
Bastante en desacuerdo	17,42	11,38	23,46
completamente en desacuerdo	9,03	4,47	13,60

Pregunta número 13.7: Falta de apoyo de la dirección

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente de acuerdo	39,74	31,84	47,63
Bastante de acuerdo	29,14	21,81	36,47
Indiferente	13,91	8,32	19,49
Bastante en desacuerdo	11,26	6,16	16,36
completamente en desacuerdo	5,96	2,14	9,78

Pregunta número 13.8: Falta de materiales para la instrucción del paciente

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente de acuerdo	42,86	34,95	50,76
Bastante de acuerdo	28,57	21,36	35,79
Indiferente	7,79	3,51	12,07
Bastante en desacuerdo	14,94	9,24	20,63
completamente en desacuerdo	5,84	2,10	9,59

Pregunta número 13.9: Disponibilidad de fuentes de referencia adecuadas

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente de acuerdo	35,71	28,06	43,37
Bastante de acuerdo	29,87	22,56	37,18
Indiferente	12,99	7,62	18,36
Bastante en desacuerdo	11,04	6,03	16,04
completamente en desacuerdo	10,39	5,52	15,26

Pregunta número 13.10: No es papel legítimo del dentista

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente de acuerdo	33,11	25,52	40,71
Bastante de acuerdo	15,23	9,43	21,03
Indiferente	13,24	7,78	18,71
Bastante en desacuerdo	20,53	14,01	27,05
Completamente en desacuerdo	17,88	11,70	24,06

Pregunta número 13.11: El hecho de que yo mismo sea fumador

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Completamente de acuerdo	21,43	14,87	27,98
Bastante de acuerdo	11,04	6,03	16,04
Indiferente	8,44	4,00	12,88
Bastante en desacuerdo	9,74	5,00	14,48
Completamente en desacuerdo	49,35	41,37	57,34

Pregunta número 14: Permite a los pacientes fumar en su clínica

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
No	67,57	59,94	75,2
Si	32,43	24,8	40,06

Pregunta número 15.1: Pregunta a mis pacientes si son o no fumadores

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Nunca	3,53	0,73	6,33
Rara vez	9,41	4,98	13,85
A veces	24,71	18,16	31,26
Mayoría de las veces	31,18	24,14	38,21
Rutinariamente	31,18	24,14	38,21

Pregunta número 15.2: Plasmó esta pregunta en la historia clínica

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Nunca	20,96	14,72	27,2
Rara vez	18,56	12,6	24,52
A veces	14,97	9,50	20,44
Mayoría de las veces	15,57	10,01	21,12
Rutinariamente	29,94	22,92	36,96

Pregunta número 15.3: Durante los últimos 30 días aconsejé a mis pacientes fumadores sobre la conveniencia de dejarlo

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Nunca	10,43	5,69	15,17
Rara vez	21,47	15,1	27,84
A veces	15,95	10,27	21,63
Mayoría de las veces	23,93	17,31	30,55
Rutinariamente	28,22	21,24	35,20

Pregunta número 15.4: Aconsejo dejar de fumar a pacientes con patología pulmonar

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Nunca	1,78	0	3,79
Rara vez	1,18	0	2,83
A veces	4,14	1,11	7,18
Mayoría de las veces	15,38	9,89	20,88
Rutinariamente	77,51	71,16	83,87

Pregunta número 15.5: Aconsejo dejar de fumar a pacientes con patología de las vías áreas altas

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Nunca	1,81	0	3,85
Rara vez	1,20	0	2,88
A veces	4,82	1,53	8,11
Mayoría de las veces	13,86	8,55	19,17
Rutinariamente	78,31	71,98	84,65

Pregunta número 15.6: Aconsejo dejar de fumar a pacientes con patología cardiaca

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Nunca	1,81	0	3,85
Rara vez	0,60	0	1,79
A veces	1,20	0,00	2,88
Mayoría de las veces	10,84	6,06	15,62
Rutinariamente	85,54	80,14	90,95

Pregunta número 15.7: Aconsejo dejar de fumar a pacientes con úlceras gástricas o duodenales

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Nunca	2,40	0,05	4,74
Rara vez	6,59	2,79	10,39
A veces	8,38	4,14	12,63
Mayoría de las veces	18,56	12,60	24,52
Rutinariamente	64,07	56,72	71,42

Pregunta número 15.8: Aconsejo dejar de fumar a pacientes con enfermedad vascular periférica

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Nunca	4,27	1,14	7,39
Rara vez	7,32	3,29	11,34
A veces	11,59	6,64	16,54
Mayoría de las veces	17,68	11,78	23,58
Rutinariamente	59,15	51,54	66,75

Pregunta número 15.9: Aconsejo dejar de fumar a pacientes con trastorno del estado de ánimo o ansiedad

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Nunca	7,93	3,75	12,11
Rara vez	15,24	9,68	20,8
A veces	12,20	7,13	17,26
Mayoría de las veces	14,63	9,17	20,10
Rutinariamente	50,00	42,27	57,73

Pregunta número 15.10: Aconsejo dejar de fumar a pacientes adolescentes

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Nunca	6,59	2,79	10,39
Rara vez	6,59	2,79	10,39
A veces	13,77	8,49	19,05
Mayoría de las veces	16,77	11,04	22,49
Rutinariamente	56,29	48,69	63,89

Pregunta número 15.11: Aconsejo dejar de fumar a pacientes embarazadas

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Nunca	5,42	1,94	8,9
Rara vez	2,41	0,05	4,77
A veces	1,81	0,00	3,85
Mayoría de las veces	10,84	6,06	15,62
Rutinariamente	79,52	73,31	85,72

Pregunta número 15.12: Aconsejo dejar de fumar a pacientes que toman anticonceptivos orales

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Nunca	17,18	11,33	23,03
Rara vez	9,82	5,2	14,43
A veces	14,72	9,23	20,22
Mayoría de las veces	11,66	6,68	16,64
Rutinariamente	46,63	38,89	54,37

Pregunta número 15.13: Aconsejo dejar de fumar a pacientes que presentan sintomatología y/o enfermedad asociada al consumo de tabaco

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Nunca	3,05	0,39	5,71
Rara vez	3,66	0,75	6,56
A veces	5,49	1,97	9,01
Mayoría de las veces	17,68	11,78	23,58
Rutinariamente	70,12	63,04	77,20

Pregunta número 15.14: Aconsejo dejar de fumar a pacientes cuando preguntan por la problemática asociada al consumo de tabaco

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Nunca	2,42	0,05	4,8
Rara vez	5,45	1,95	8,96
A veces	11,52	6,59	16,44
Mayoría de las veces	16,36	10,66	22,07
Rutinariamente	64,24	56,85	71,63

Pregunta número 15.15: Aconsejo dejar de fumar a pacientes sin patología ni conciencia de problemática asociada al consumo de tabaco

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Nunca	5,39	1,93	8,85
Rara vez	7,19	3,23	11,14
A veces	16,17	10,53	21,81
Mayoría de las veces	16,17	10,53	21,81
Rutinariamente	55,09	47,47	62,71

Pregunta número 16: A la hora de asesorar sobre el consumo de tabaco ¿Cuánto tiempo en minutos por término medio suele emplear por cada paciente al que aconseja?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
No asesoro	5,95	2,34	9,57
Menos de 1	29,17	22,22	36,11
De 1 a 2	31,55	24,45	38,65
De 3 a 5	20,24	14,10	26,38
De 6 a 10	8,33	4,11	12,56
Más de 10	4,76	1,51	8,02

Pregunta número 17: ¿Quién es el miembro de su equipo responsable de realizar las actividades a favor del abandono del tabaquismo en su clínica?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Dentista	55,69	48,08	63,3
Auxiliar	6,59	2,79	10,39
No asesoramiento	34,13	26,87	41,40
Otro	3,59	0,74	6,44

Pregunta número 18: ¿Qué tipo de ayuda facilita usted a los pacientes fumadores para abandonar el tabaco?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Consejo	83,55	77,59	89,51
Folletos	7,89	3,56	12,23
Fármacos	4,61	1,24	7,98
Revistas	1,32	0,00	3,15
Videos	2,63	0,06	5,21

Pregunta número 19: ¿Ha recibido usted formación específica en materia de intervención de estrategias para promover el abandono del tabaquismo?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
No	78,82	72,62	85,03
Sí	21,18	14,97	27,38

Pregunta número 19.1: Si la ha recibido ¿Qué tipo de formación?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Formación continuada	13,89	2,22	25,76
Facultad de Odontología	69,44	53,64	85,25
Club de estudios	11,11	0,33	21,90
Otros	5,56	0,00	13,42

Pregunta número 19.2: Si no la ha recibido ¿Estaría dispuesto a recibirla?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Muy dispuesto	32,84	24,78	40,89
Hasta cierto punto	45,52	36,98	54,06
No dispuesto	9,70	4,63	14,78
Para nada interesado	11,94	6,38	17,50

Pregunta número 20: ¿Estaría usted dispuesto a participar en una campaña para informar a los pacientes fumadores sobre las ventajas de abandonar el hábito?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
No	27,06	20,31	33,81
Sí	72,94	66,19	79,69

Pregunta número 20.1: ¿Estaría usted dispuesto a participar en una campaña para informar a los pacientes fumadores sobre las ventajas de abandonar el hábito?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
A todos los fumadores	73,39	65,5	81,27
Fumadores con patología oral	26,61	18,73	34,5

Anexos

Pregunta número 22: ¿Qué tipo de material cree que le apoyaría a usted para ayudar a sus pacientes a abandonar el tabaco?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Formación continuada	20,83	14,63	27,04
Artículos	26,79	20,02	33,55
Formación a través de CD	5,36	1,92	8,80
Club de estudios	3,57	0,74	6,41
Fuentes de referencia	1,19	0,00	2,85
Pósters	29,76	22,78	36,75
Formación a través de videos	1,79	0,00	3,81
Folletos	7,74	3,66	11,82
Direcciones internet	0,60	0,00	1,77
Otras	23,81	0,05	4,71

Pregunta número 23: Hábito tabáquico

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Fumador	30,00	23	37,18
No fumador	70,00	62,82	77,18

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Fumador	30,00	22,82	37,18
Exfumador	20,00	13,73	26,27
Nunca fumador	50,00	42,17	57,83

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Fumador diario	20,63	14,29	26,96
Fumador ocasional	9,38	4,81	13,94
Exfumador	20,00	13,73	26,27
Nunca fumador	50,00	42,17	57,83

Pregunta número 26: ¿Cuánto cigarrillos fuma al día? Y cuántas pipas de agua fuma a la semana?

	Media	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Cigarrillos/día	14,67	10,7	18,64
	Media	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Pipas de agua/semana	2,07	0,8	3,33

Pregunta número 27: ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que el resto del día?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
No	57,45	42,77	72,12
Sí	42,55	27,88	57,23

Pregunta número 28: ¿Cuánto tiempo tarda en fumar el primer cigarrillo desde que despierta?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Más de 60 min	34,78	20,48	49,08
Entre 31-60 min	19,56	7,65	31,48
Entre 6-30 min	23,91	11,11	36,72
Menos de 5 min	21,74	9,35	34,12

Pregunta número 29: ¿Qué cigarrillo encuentra mejor?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
El primero	62,22	47,49	76,95
Otro cualquiera	37,78	23,05	52,51

Pregunta número 30: ¿Fuma también cuando padece una enfermedad que le obliga a estar encamado?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
No	72,92	59,88	85,96
Sí	27,08	14,04	40,12

Pregunta número 31: ¿Le cuesta estar sin fumar donde está prohibido hacerlo (aulas de la universidad, hospitales, etc...)?.

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
No	54,17	39,55	68,79
Sí	45,83	31,21	60,45

Pregunta número 32: ¿Fuma en su casa delante de su cónyuge y/o de sus hijos?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
No	23,91	11,11	36,72
Sí	76,09	63,28	88,9

Pregunta número 33: ¿Suele fumar en la consulta delante del paciente?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
No	58,70	43,91	73,48
Sí	41,30	26,52	56,09

Pregunta número 34: ¿Está preocupado por los efectos dañinos que el tabaco pudiera producir en su salud?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
No	27,66	14,38	40,94
Sí	72,34	59,06	85,62

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Mucho	40,43	25,86	54,99
Bastante	31,91	18,08	45,75
Algo	21,28	9,13	33,42
Nada	6,38	0,00	13,64

Pregunta número 35: ¿Ha pensado alguna vez en dejar de fumar?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
No	6,38	0	13,64
Sí	93,62	86,36	100

Pregunta número 36: En el último año ¿Cuántas veces dejó de fumar durante al menos 24 horas?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Ninguna	54,55	36,62	72,48
Una	9,09	0	19,44
Más de 1	36,36	0,00	68,45

Pregunta número 37: ¿Cuál es su actitud sobre su consumo actual?

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Dejarlo en los próximos 30 días	15,91	4,66	27,16
Dejarlo en los próximos 6 meses	29,55	15,51	43,58
No dejarlo	54,55	39,23	69,86

Pregunta número 38: ¿Qué importancia tienen para usted cada una de las siguientes razones por las que podría dejar de fumar?

Pregunta número 38_1: Para proteger la salud

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Ninguna	29,55	15,51	43,58
Poca	11,36	1,6	21,12
Alguna	4,55	0,00	10,95
Mucha	54,55	39,23	69,86

Pregunta número 38_2: Por la aparición de sintomatología

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Ninguna	32,43	16,61	48,26
Poca	18,92	5,68	32,16
Alguna	16,22	3,76	28,68
Mucha	32,43	16,61	48,26

Pregunta número 38_3: Para no molestar a los no fumadores

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Ninguna	36,58	21,19	51,98
Poca	24,39	10,67	38,11
Alguna	19,51	6,85	32,18
Mucha	19,51	6,85	32,18

Pregunta número 38_4: Para ahorrar dinero

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Ninguna	47,50	31,33	63,67
Poca	17,50	5,19	29,81
Alguna	7,50	0,00	16,03
Mucha	27,50	13,04	41,96

Pregunta número 38_5: Por autodisciplina

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Ninguna	30,77	15,61	45,93
Poca	25,64	11,3	39,98
Alguna	23,08	9,24	36,91
Mucha	20,51	7,25	33,77

Pregunta número 38_6: Por ser un buen ejemplo para otros

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Ninguna	35,90	20,14	51,65
Poca	15,38	3,54	27,23
Alguna	15,38	3,54	27,23
Mucha	33,33	17,85	48,81

Pregunta número 39: Tiempo sin fumar

	Media	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Años	7,70	3,86	11,54

Pregunta número 40: Motivo principal que le llevó a dejar de fumar

	Porcentaje (%)	Intervalo Confianza 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Para proteger su salud	33,33	15,43	51,24
Por síntomas	6,67	0	16,14
Autodisciplina	23,33	7,27	39,40
Buen ejemplo	16,67	2,51	30,82
Otros	20,00	4,81	35,19

Anexo II.- Formulario de recogida de datos en árabe

بسم الله الرحمن الرحيم



د. سفيان حمدان الاسطل
جامعة الأزهر (غزة - فلسطين)

استبيان عن معتقدات واتجاهات اطباء الاسنان الفلسطينيين في قطاع غزة عن التدخين (2008)

تعليمات:

- أ. ضع إشارة "x" على الإجابة التي تعتقد انها صحيحة.
ب. في الأسئلة المتعلقة بمزاولة المهنة اجب، حتى ولو كنت لا تزال المهنة في الوقت الحاضر.
لنستطيعوا الإجابة بمنتهى الصراحة نضمن لكم سرية الإجابة: لذلك لا داعي أن تكتبوا الاسم ولا العنوان في أي مكان.
ولكن مهم جداً، الإجابة على كل الأسئلة الموجودة في هذا الاستبيان، مع مراعاة تجنب قدر المستطاع، إجابة "لا أعرف"
والإجابات غير الأكيدة.
تذكروا أن المعلومات التي تقدموها لنا ستكون سرية ومجهولة. اجب بصراحة ولا تترك أي إجابة فارغة
شكراً جزيلاً

1. الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى
 2. تاريخ الميلاد: 19__ / __ / __
 3. الحالة الشخصية: ☐ أعزب/ أنسة ☐ متزوج/ة ☐ مطلق/ة ☐ أرمل/ة
 4. اسم المدينة التي تعيش فيها: _____
 5. مكان عملك؟ ☐ وزارة الصحة ومستشفياتها ☐ المستشفيات العسكرية ☐ خاص ☐ أخرى (اذكرها) _____
 6. المؤهل العلمي: ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ آخر (اذكره) _____
 7. تزاوّل مهنتك في: ☐ القطاع العام (اذكر عدد الساعات في الاسبوع؟) _____
☐ القطاع الخاص (اذكر عدد الساعات في الاسبوع؟) _____
 8. أي من التخصصات التالية تشغل معظم وقتك المهني؟
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> General Odontology | <input type="checkbox"/> Endodontics |
| <input type="checkbox"/> Prosthodontics | <input type="checkbox"/> Orthodontics & Dentofacial orthopaedics |
| <input type="checkbox"/> Oral & Maxillofacial surgery | <input type="checkbox"/> Oral Pathology |
| <input type="checkbox"/> Paediatric Dentistry | <input type="checkbox"/> Public Health Dentistry |
| <input type="checkbox"/> Oral & Maxillofacial Radiology | <input type="checkbox"/> Implantology |
| <input type="checkbox"/> Periodontics | <input type="checkbox"/> not perform |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | |

9. من فضلك قم بالإشارة الى درجة العلاقة الموجودة بين التدخين والامراض التالية؟

	لا أعرف	لا توجد علاقة	علاقة متوسطة	علاقة كبيرة
Periodontal Disease				
Poor healing of wounds				
Dental caries				
Failures in implant				
Oral candidiasis				
Leukoplakia				
Oral cancer				
Coronary disease				
Lung Cancer				
Carcinoma of the larynx				
Peripheral arterial disease				

10. بين درجة اتفاقك او عدمه في كل واحدة من التأكيدات الآتية: متفق تماماً (1)، متفق بما فيه الكفاية (2)، لا اهتم (3)، غير متفق بما فيه الكفاية (4)، غير متفق اطلاقاً (5).

	1	2	3	4	5
التدخين ضار بالصحة					
من واجب طبيب الاسنان اقناع الناس للاقلاع عن التدخين					
ليس واجب لكنه عمل مهم ان تقدم للمرضى معلومات وارشادات عن الاقلاع عن التدخين					
المرضى يتقبلون النصائح حول الاقلاع عن التدخين					
اغلب المدخنين باستطاعتهم ترك التدخين اذا رغبوا في ذلك					
من المزعج ان نكون بجانب شخص يدخن					
العاملون في مجال الصحة يجب ان يكونوا قدوة بامتناعهم عن التدخين					
اغلب الناس لن تقلع عن التدخين حتى ولو نصحهم طبيب للأسنان					
اطباء الاسنان سيقدموا نصائح اكثر للناس لترك التدخين لو عرفوا ان نصيحتهم ستكون فعالة حقاً					
دائماً يجب ان ننصح المريض بترك التدخين					
التدخين السلبي (غير المباشر او اللا ارادي) مضر					

11. بين درجة اتفاقك مع الاجراءات القانونية الهادفة للتقليل من التدخين. متفق تماماً (1)، متفق بما فيه الكفاية (2)، لا اهتم (3)، غير متفق بما فيه الكفاية (4)، غير متفق اطلاقاً (5).

	1	2	3	4	5
طباعة تحذيرات صحية على صناديق التدخين					
منع دعاية التدخين كلياً					
السماح بالتدخين في اماكن مغلقة فقط					
زيادة سعر الدخان بشكل ملحوظ					
منع التدخين في العيادات ومراكز الصحة					
التأهيل العلمي لطبيب الاسنان يجب ان يشمل النصيحة والاقلاع عن التدخين					

12. تعتبر ان دمج نصائح لترك الدخان في عيادتك يساهم في نجاحها؟
☐ نعم ☐ لا ☐ يضر عيادتي مادياً ☐ لا أعرف

13. إلى أي حد تشكل الحقائق التالية عائقاً لدمج نشاطات تعزز وقف استهلاك الدخان في عيادة الاسنان التابعة لك؟
 متفق تماماً (1)، متفق بما فيه الكفاية (2)، لا اهتم (3)، غير متفق بما فيه الكفاية (4)، غير متفق إطلاقاً (5).

	1	2	3	4	5
رفض/شكوى من جانب المريض					
كمية الوقت المطلوب					
نقص في التمويل					
رفض العاملين					
الشكوك في فعالية					
نقص المعلومات في هذا المجال					
نقص في دعم الإدارة					
نقص في الوسائل التوضيحية لتثقيف المريض					
عدم توفر المراجع الملائمة					
ليس الدور الشرعي لطبيب الاسنان					
لأنني مدخن					

14. تسمح للمرضى التدخين في عيادتك؟ ☐ نعم ☐ لا

15. من فضلك حدد نسبة التكرار الذي تقوم به عادة في النشاطات التالية. بصورة اعتيادية (81-100%)، غالباً (61-80%)، أحياناً (11-60%)، نادراً (1-10%)، أبداً.

	بصورة اعتيادية (%100-81)	غالباً (%80-61)	أحياناً (%60-11)	نادراً (%10-1)	أبداً
أسأل المرضى هل هم مدخنين أم لا؟					
أضع هذا السؤال في ملف الحالة					
في آخر 30 يوم نصحت مرضاي المدخنين من الاجدر بهم تركه					
انصح المرضى بترك التدخين في الحالات الآتية:					
- الامراض الرئوية					
- امراض الشعب الهوائية العليا					
- امراض القلب					
- قرحة المعدة او الاثنى عشر					
- امراض الاوعية الدموية الطرفية					
- اضطراب المزاج والقلق					
- المراهقة					
- الحمل					
- استخدام حبوب منع الحمل					
- وجود اعراض مرضية /و مرض له علاقة بالتدخين					
- عندما يسأل المريض عن مشكلة التدخين					
- مريض مدخن دون اعراض مرضية وغير واع عن مشكلة التدخين					

16. عندما توجه مريض أو تنصحه بالاقلاع عن التدخين، كم دقيقة كمتوسط تستخدم معه في هذه النصيحة؟
☐ لا اعطي نصائح ☐ أقل من دقيقة ☐ من دقيقة الى دقيقتين ☐ من 3 - 5 دقائق ☐ من 6 - 10 دقائق ☐ أكثر من 10 دقائق

17. من هو الشخص المسئول في فريق عيادتك عن انجاز النشاطات الخاصة بالاقلاع عن التدخين؟
☐ طبيب الاسنان ☐ المساعد ☐ في عيادتي لا توجد هذه النشاطات ☐ آخري (حدد)

18. ما نوع المساعدة التي تمنحها لمرضاك المدخنين لكي يقلعوا عن التدخين؟

- ☐ نصائح ضد التدخين
- ☐ منشورات، مطوية تحتوي على كتابة و رسومات
- ☐ العلاج التدعيمي (ليدن، علاج بديل عن النيكوتين،...)
- ☐ مواضيع في مجالات الاسنان
- ☐ العمل في مجموعة
- ☐ التدريب من خلال الفيديو
- ☐ عناوين في الانترنت
- ☐ أخرى (حددها) _____
- ☐ لا شيء

19. هل تلقيت تأهيل مختص في موضوع التدخل الاستراتيجي لتعزيز الاقلاع عن التدخين؟
 نعم، عن طريق:

- ☐ برامج التدريب المستمر
- ☐ كلية طب الاسنان
- ☐ منتدى الدراسات
- ☐ أخرى (حددها) _____
- لا، مع انني مستعد ام لا، لاستقبال تدريب خاص عن كيفية مساعدة مرضاي لترك التدخين:
- ☐ مستعد جداً
- ☐ مستعد نوعاً ما
- ☐ ليس على استعداد
- ☐ غير مهتم

20. هل انت مستعد ان تشارك في حملة لتوعية المرضى المدخنين عن فوائد الاقلاع عن هذه العادة؟

- ☐ نعم، في حملة موجهة لكل المدخنين.
- ☐ نعم، في حملة موجهة للمدخنين المصابين بأمراض في الفم ناتجة عن التدخين.
- ☐ لا، لمعارضة المريض.
- ☐ لا، لكمية الوقت المطلوبة.
- ☐ لا، لعدم وجود آليات مادية لإنجاز النشاط.
- ☐ لا، لمعارضة الفريق المساعد.
- ☐ لا، لوجود شكوك في فعاليتها.
- ☐ لا، لقلة توفر المواد التثقيفية لتوعية المريض.
- ☐ لا، لقلة توفر مصادر المراجع الملائمة.
- ☐ أخرى (حددها) _____

21. ما نوع المادة التثقيفية التي تعتقد انها ملائمة لتوعيتك عن علاقة استهلاك الدخان وصحة الفم؟. حسب رأيك، ابدأ بوضع رقم (1) للاولوية الاكثر اهمية، ثم (2) للتي تليها،..... وهكذا.

- ☐ برنامج التدريب المستمر ☐ كتب
- ☐ مواضيع في مجلات خاصة بطب الاسنان ☐ تدريب من خلال الفيديو
- ☐ تدريب من خلال CD-ROM ☐ منشورات، مطوية تحتوي على كتابة و رسومات
- ☐ منتدى الدراسات ☐ اخرى (حددها) _____
- ☐ عناوين في الانترنت

22. ما نوع المادة التي تعتقد انها تساندك في مساعدة مرضاك للاقلاع عن التدخين؟

- ☐ برنامج التدريب المستمر ☐ ملصقات
- ☐ مقالات في مجلات خاصة بطب الاسنان ☐ تدريب من خلال الفيديو
- ☐ تدريب من خلال CD-ROM ☐ منشورات، مطوية تحتوي على كتابة و رسومات
- ☐ منتدى الدراسات ☐ عناوين في الانترنت
- ☐ المراجع ☐ اخرى (حددها) _____

23. دخنت مرة ما في حياتك؟

- ☐ نعم
- ☐ لا (اذا كانت اجابتك لا، انتقل للاجابة عن سؤال 41 وبذلك تكون قد انهيت الاجابة عن الاستبيان)

24. دخنت على الاقل سيجارة واحدة يومياً خلال ستة شهور او اكثر؟

- ☐ نعم
- ☐ لا (اذا كانت اجابتك لا، انتقل للاجابة عن سؤال 41 وبذلك تكون قد انهيت الاجابة عن الاستبيان)

25. في الوقت الحالي أنت:

- ☐ تدخن على الاقل مرة واحدة يومياً
- ☐ تدخن بشكل متقطع
- ☐ لا ادخن (اذا كانت اجابتك لا، انتقل للاجابة عن الاسئلة 39 و 40 و 41 وبذلك تكون قد انهيت الاجابة عن الاستبيان)

26. ما هي منتجات الدخان التي تستهلكها؟

- ☐ سجائر (اذكر عدد السجائر التي تدخنها في اليوم؟) _____
- ☐ شيشة (اذكر عدد المرات التي تدخنها في الاسبوع؟) _____
- حدد ماركة السجائر؟ _____

27. بالعادة تدخن في ساعات الصباح الاولى عند استيقاظك اكثر من باقي اليوم؟

- ☐ نعم ☐ لا

28. بعد ان تستيقظ كم تحتاج من الوقت حتى تدخن سيجارتك الاولى؟

- ☐ أقل من خمسة دقائق ☐ من 6-30 دقيقة ☐ من 31-60 دقيقة ☐ أكثر من 60 دقيقة

29. أي سيجارة تستمتع بها اكثر؟

- ☐ الاولى ☐ سيجارة اخرى

30. هل تدخن وانت مريض وملازم الفراش؟

- ☐ نعم ☐ لا

31. هل تجد صعوبة في الامتناع عن التدخين في الاماكن المحظورة (قاعات دراسية في الجامعة، مستشفيات،...)?
☐ نعم ☐ لا

32. هل تدخن في البيت امام زوجتك /او ابنائك?
☐ نعم ☐ لا ☐ لا ينطبق (لا يوجد زوجة او اولاد)

33. هل تدخن في العيادة امام المريض?
☐ عادة ☐ احياناً ☐ نادراً ☐ ابداً ☐ لا اعمل مباشرة مع المرضى

34. تقلقك الاثار الضارة التي يسببها التدخين على صحتك?
☐ كثيراً ☐ ما فية الكفاية ☐ قليلاً ☐ لا شئ

35. هل فكرت مرة ما في ترك التدخين?
☐ نعم ☐ لا (اذا كانت اجابتك لا، انتقل للاجابة عن سؤال 41 وبذلك تكون قد انهيت الاجابة عن الاستبيان)

36. في السنة الاخيرة، كم مرة تركت التدخين على الاقل لمدة 24 ساعة?
☐ ولا مرة ☐ مرة او اكثر (حدد عدد المرات؟) _____

37. ما هو اتجاهك نحو تدخينك الحالي؟ علم الاجابة الملانمة
☐ عندي النية ان اتركه خلال الثلاثين يوماً المقبلة
☐ عندي النية ان اتركه خلال السنة شهور المقبلة
☐ لا توجد عندي النية ان اتركه خلال الشهور المقبلة

38. ما هي الالاهمية التي توليها لكل واحد من الاسباب التالية لكي تستطيع ترك التدخين؟
 تدرج من الاقل اهمية (1) الى الاكثر اهمية (4) في كل واحد من الاسباب الآتية:

4	3	2	1	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لحماية صحتك
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لظهور اعراض مرضية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لكي لا ازعج غير المدخنين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لتوفير النقود
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انضباط ذاتي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لكي اكون قدوة حسنة للآخرين

39. ماهي الفترة الزمنية التي لم تدخن فيها؟
☐ ايام ☐ شهور ☐ سنوات

40. ما هو السبب الرئيسي الذي حثك على ترك التدخين؟

- ☐ لحماية صحتك
☐ لظهور اعراض مرضية
☐ لكي لا ازعج غير المدخنين
☐ لتوفير النقود
☐ انضباط ذاتي
☐ لكي اكون قدوة حسنة للآخرين ☐ اسباب اخرى (اذكرها) _____

41. إذا اردت ان تدون اي تعليق او اقتراح، يرجى كتابته في الفراغ الآتي:

تقبلوا منا فائق التقدير والاحترام وشكراً جزيلاً لكم على تعاونكم

**Anexo III.- Formulario de recogida de datos en
castellano**

بسم الله الرحمن الرحيم



ENCUESTA SOBRE CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS ODONTÓLOGOS PALESTINOS DE LA FRANJA DE GAZA SOBRE EL TABACO – 2008

INSTRUCCIONES:

- 1.- MARQUE CON UNA CRUZ LAS RESPUESTAS QUE CREA CORRECTAS “X”.
2.- EN AQUELLAS PREGUNTAS REFERENTES A SU ACTIVIDAD PROFESIONAL RESPONDA, SI NO EJERCE EN ESTE MOMENTO, DE ACUERDO A LO QUE RESPONDERÍA MIENTRAS DESARROLLABA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL.

RECUERDE QUE LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONES SERÁ ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA. CONTESTA CON SINCERIDAD Y NO DEJES NINGUNA RESPUESTA EN BLANCO.

MUCHAS GRACIAS

- 1.- Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre
2.- Fecha de nacimiento: ____/____/19____
3.- Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a
4.- Ciudad en la que reside: _____
5.- Lugar del trabajo: ☐ Ministerio de Sanidad y sus hospitales ☐ Hospitales Militares
☐ UNRWA ☐ Privado ☐ Otro: _____
6.- Formación académica: ☐ Licenciatura ☐ Master ☐ Otra: _____
7.- Desarrolla su actividad en:
☐ Sistema Público (____ horas/semana)
☐ Sistema privado (____ horas/semana)
8.- ¿En cuál de las siguientes áreas ocupa la mayor parte de su dedicación clínica?
☐ General Odontology ☐ Endodontics
☐ Prosthodontics ☐ Orthodontics & Dentofacial orthopaedics
☐ Oral & Maxillofacial surgery ☐ Oral Pathology
☐ Paediatric Dentistry ☐ Public Health Dentistry
☐ Oral & Maxillofacial Radiology ☐ Implantology
☐ Periodontics ☐ not perform ☐ Other _____

9.- Por favor, Señale cuál es la relación existente entre tabaquismo y las enfermedades siguientes?

	Gran relación	Relación moderada	No relación	No sé
Enfermedades periodontales				
Mala cicatrización de heridas				
Caries dental				
Fallos en el implante				
Candidiasis oral				
Leucoplasia				
Cáncer oral				
Enfermedades coronarias				
Cáncer de Pulmón				
Carcinoma de laringe				
Enfermedad arterial periférica				

10.- Por favor, indique su grado de acuerdo o de desacuerdo con cada una de las siguientes aseveraciones. Completamente de acuerdo (CA), Bastante de acuerdo (BA), Indiferente (I), Bastante en desacuerdo (BD), Completamente en desacuerdo (CD).

	CA	BA	I	BD	CD
El tabaco es dañino para la salud					
Es deber del dentista convencer a la gente que deje de fumar					
No es deber pero sí una actividad importante ofrecer a los pacientes información/asesoramiento sobre abandono del tabaco					
Los pacientes aceptarían asesoramiento acerca de dejar de fumar					
La mayoría de los fumadores pueden dejar de fumar si ellos quieren					
Es molesto estar cerca de una persona que está fumando					
El personal sanitario debería dar un buen ejemplo absteniéndose de fumar					
La mayoría de la gente no abandonaría el tabaco aunque su dentista se lo aconsejase					
Los dentistas aconsejarían más a la gente que deje de fumar si supiesen que su consejo es realmente eficaz					
Siempre se debe aconsejar al paciente a dejar de fumar					
Fumar pasivamente es perjudicial					

11.- Por favor, indique su grado de acuerdo con las siguientes acciones legislativas encaminadas a reducir el tabaquismo:

	CA	BA	I	BD	CD
Imprimir avisos de salud sobre paquetes de cigarrillos					
Prohibición total de publicidad de tabaco					
Restringir el fumar en locales cerrados					
Aumentar considerablemente el precio del tabaco					
Prohibición de fumar en clínicas y centros sanitarios					
Incluir en la formación del odontólogo el consejo y deshabitación antitabáquica					

12.- ¿Considera usted que la incorporación de consejos para dejar el tabaco en la dinámica de su clínica contribuiría a que esta prosperase?

☐ Si ☐ No ☐ Dañaría mi clínica económicamente ☐ No lo sé

13.- ¿Hasta que punto las siguientes razones constituyen una barrera para la incorporación de actividades para promover el cese del consumo de tabaco en su clínica dental: Completamente de acuerdo (CA), Bastante de acuerdo (BA), Indiferente (I), Bastante en desacuerdo (BD), Completamente en desacuerdo (CD).

	CA	BA	I	BD	CD
Resistencia/quejas por parte del paciente					
Cantidad de tiempo requerido					
Falta de mecanismos de reembolso					
Resistencia del personal					
Dudas sobre su efectividad					
Falta de formación en dicha área					
Falta de apoyo de la dirección					
Falta de materiales para la instrucción del paciente					
Disponibilidad de fuentes de referencia adecuadas					
No es el papel legítimo del dentista					
El hecho de que yo mismo sea fumador					

14.- ¿Permite a los pacientes fumar en su clínica? ☐ Si ☐ No

15.- Por favor, indique la frecuencia con la que lleva a cabo habitualmente las siguientes actividades. RU-Rutinariamente (81-100%), MV-La mayoría de las veces (61-80%), AV-Algunas veces (11-60%), RV-Rara vez (1-10%), N-Nunca.

	RU	MV	AV	RV	N
Pregunto a mis pacientes si son o no fumadores					
Plasmo esta pregunta en la historia clínica					
Durante los últimos 30 días aconsejé a mis pacientes fumadores sobre la conveniencia de dejarlo					
Aconsejo dejar de fumar a los pacientes en los siguientes supuestos:					
- Patología pulmonar					
- Patología de las vías aéreas altas					
- Patología cardiaca					
- Ulcus gástrico/duodenal					
- Enfermedad vascular periférica					
- Trastorno del estado de ánimo-ansiedad					
- Adolescencia					
- Embarazo					
- Uso de anticonceptivos orales					
- Presencia de sintomatología y/o enfermedad asociada al tabaco					
- Cuando el paciente pregunta sobre la problemática del tabaco					
- Paciente fumador sin patología ni conciencia de problemática del tabaco					

16.- A la hora de asesorar sobre el abandono del tabaquismo, ¿Cuánto tiempo en minutos, por término medio, suele emplear por cada paciente al que aconseja?

☐ No asesoro ☐ Menos de 1 ☐ De 1 a 2 ☐ De 3 a 5 ☐ De 6 a 10 ☐ Más de 10

17.- ¿Quién es el miembro de su equipo responsable de realizar las actividades a favor del abandono del tabaquismo en su clínica?

☐ Dentista ☐ Auxiliar ☐ En mi clínica no realizan estas actividades ☐ Otros (Especificar)_____

18.- ¿Qué tipo de ayuda facilita usted a sus pacientes fumadores para abandonar el tabaco?

- ☐ Consejo antitabáquico
- ☐ Folletos, trípticos
- ☐ Soporte farmacológico (chicles, parches de nicotina, ansiolíticos)
- ☐ Artículos de revistas dentales
- ☐ Grupos de trabajo
- ☐ Formación a través de vídeos
- ☐ Direcciones en internet
- ☐ Otra (Especificar)_____
- ☐ Ninguna

19.- ¿Ha recibido usted formación específica en materia de intervención de estrategias para promover el abandono del tabaquismo?

Si, procedentes de: ☐ Programas de formación continuada
☐ Facultad de Odontología
☐ Club de estudios
☐ Otros (Especificar) _____

No, y estaría, o no, dispuesto a recibir formación específica sobre cómo ayudar a mis pacientes a dejar el tabaco:

- ☐ Muy dispuesto
- ☐ Hasta cierto punto
- ☐ No muy dispuesto
- ☐ Para nada interesado

20.- ¿Estaría usted dispuesto a participar en una campaña para informar a los pacientes fumadores sobre las ventajas de abandonar el hábito?

☐ Si, en una campaña dirigida a TODOS los fumadores
☐ Si, en una campaña dirigida a los fumadores con patología oral derivada del tabaquismo

- ☐ No, debido a resistencia/quejas por parte del paciente
- ☐ No, debido a cantidad de tiempo requerido
- ☐ No, debido a falta de mecanismos de reembolso de la actividad
- ☐ No, debido a resistencia por parte del equipo colaborador
- ☐ No, debido a dudas sobre su efectividad
- ☐ No, debido a poca disponibilidad de material para la instrucción del paciente
- ☐ No, debido a poca disponibilidad de fuentes de referencia adecuadas
- ☐ Otras (Especificar) _____

21.- ¿Qué tipo de material cree que es adecuado para informarse usted sobre la relación entre el consumo de tabaco y la salud oral? Marcar todos los que entran en consideración en orden de prioridad (1,2,3,...)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Programa de formación continuada | <input type="checkbox"/> Folletos, trípticos |
| <input type="checkbox"/> Libros | <input type="checkbox"/> Club de estudios |
| <input type="checkbox"/> Artículos de revistas dentales | <input type="checkbox"/> Direcciones en internet |
| <input type="checkbox"/> Formación a través de vídeos | <input type="checkbox"/> Otras (Especificar) _____ <input type="checkbox"/> |

Formación a través de CD-ROM

22.- ¿Qué tipo de material cree que le apoyaría a usted para ayudar a sus pacientes a abandonar el tabaco?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Programa de formación continuada | <input type="checkbox"/> Folletos, trípticos |
| <input type="checkbox"/> Pósters | <input type="checkbox"/> Club de estudios |
| <input type="checkbox"/> Artículos de revistas dentales | <input type="checkbox"/> Direcciones en internet |
| <input type="checkbox"/> Formación a través de vídeos | <input type="checkbox"/> Fuentes de referencia |
| <input type="checkbox"/> Formación a través de CD-ROM | <input type="checkbox"/> Otras (Especificar) _____ |

23.- ¿Ha fumado alguna vez en su vida?

☐ Sí

☐ No (**Pase a la pregunta 41**)

24.- ¿Ha fumado diariamente, al menos 1 cigarrillo, durante 6 meses o más)?

☐ Sí

☐ No (**Pase a la pregunta 41**)

25.- En la actualidad usted:

☐ Fuma diariamente (al menos 1 vez al día)

☐ Fuma ocasionalmente

☐ No fuma (**Pase a la pregunta 39**)

26.- ¿Qué productos del tabaco suele usted consumir?

☐ Cigarrillos (____ cig./día) ¿Qué marca? _____

☐ Pipa de agua (____ Pipas/semana)

27.- ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?

☐ Sí

☐ No

28.- ¿Cuánto tiempo tarda en fumar el primer cigarrillo desde que despierta?

☐ Menos de 5 minutos ☐ 6-30 minutos ☐ 31-60 minutos ☐ Mayor de 60 minutos

29.- ¿Qué cigarrillo encuentra mejor?

☐ El primero

☐ Otro cualquiera

30.- ¿Fuma también cuando padece una enfermedad que le obliga a estar encamado?

☐ Sí

☐ No

31.- ¿Le cuesta estar sin fumar donde está prohibido (aulas de la universidad, hospitales,...etc.)

☐ Sí

☐ No

32.- ¿Fuma en su casa delante de su cónyuge y/o de sus hijos?

☐ Sí

☐ No

☐ No aplicable (no tiene cónyuge o hijos)

33.- ¿Suele fumar en su consulta delante del paciente?

☐ Frecuentemente

☐ Ocasionalmente

☐ Rara vez

☐ Nunca

☐ No tengo contacto con pacientes

34.- ¿Está preocupado por los efectos dañinos que el tabaco pudiera producir en su salud?

- ☐ Mucho ☐ Bastante ☐ Ligeramente ☐ Nada

35.- ¿Ha pensado alguna vez en dejar de fumar?

- ☐ Sí
☐ No (**Pase a la pregunta 41**)

36.- En el último año, ¿ Cuántas veces dejó de fumar durante al menos 24 horas?

- ☐ Ninguna ☐ 1 ó más ¿Cuánta? _____

37.- ¿Cuál es su actitud sobre su consumo actual? Marque la respuesta más adecuada:

- ☐ Tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 30 días
☐ Tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses
☐ No tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos meses

38.- ¿Qué importancia tiene para usted cada una de las siguientes razones por las que podría dejar de fumar?. Señala de menos importante (1) a más importante (4) cada uno de los siguientes motivos.

	1	2	3	4
Para proteger su salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por la aparición de sintomatología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para no molestar a los no fumadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para ahorrar dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autodisciplina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para ser un buen ejemplo para otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39.- ¿Cuánto tiempo lleva sin fumar? (Escriba el nº. y marque lo que proceda?)

_____ ☐ Días ☐ Meses ☐ Años

40.- ¿Cuál fue el motivo fundamental que le indujo a dejar de fumar?

- ☐ Para proteger su salud
☐ Por la aparición de sintomatología
☐ Para no molestar a los no fumadores
☐ Para ahorrar dinero
☐ Autodisciplina
☐ Para ser un buen ejemplo para otros
☐ Otro (Especificar) _____

41.- Si desea hacer algún comentario o sugerencia, sírvase escribirla en el espacio a continuación:

MUCHAS GRACIAS POR SU INESTIMABLE COLABORACIÓN

